

オプトアウトを用いた臨床研究への協力の同意撤回文書

自治医科大学学長 殿

私は、オプトアウトを用いた臨床研究（研究名）への協力を希望しませんので、速やかに
対処してください。

令和 年 月 日

本人氏名 住 所 _____

氏 名 _____（署名・捺印）

電 話 _____

（お願い）

オプトアウトを用いた臨床研究への協力を希望されない場合は、次の住所にご郵送ください。あなたの試料や記録（検査結果、問診票）もそれ以降はこの研究のために用いられることはありません。ただし、既に研究結果が論文などで公表されていた場合には研究結果や試料等を破棄できないことがあります。

〒 330-8503

埼玉県さいたま市大宮区天沼町1丁目847番地

自治医科大学附属さいたま医療センター総合診療科 栗原 維吹