

**「ミトコンドリア病関連腎疾患の全国調査」への
研究不参加申し入れ書・同意撤回書**

国立病院機構千葉東病院 院長殿

私は、診療に伴い発生する診療情報等の医学研究への利用についての同意について了承することができません。

研究不参加申し入れ 同意撤回

【署名欄】 研究不参加申し入れ・同意撤回年月日： _____ 年 月 日

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

患者住所： _____

電話番号： _____

受診医療機関※： _____

※この医療機関が二次研究参加施設になっているかは日本腎臓学会、日本小児腎臓病学会、千葉東病院のホームページ等でご確認ください。

患者氏名（本人署名）： _____

患者氏名（代理署名）※※： _____ 本人との続柄： _____

※※この段は、本人により記載が難しく代諾者が必要な場合にのみ記載する

送付先：

国立病院機構千葉東病院臨床研究部腎ミトコンドリア研究室

「ミトコンドリア病関連腎疾患の全国調査」事務局

〒260-8712 千葉県千葉市中央区仁戸名町 673

FAX： (043)264-3549

もしくは、

一般社団法人 日本腎臓学会 腎臓病レジストリー委員会

〒113-0033 東京都文京区本郷三丁目 28 番 8 号

FAX： 03-5802-5570

もしくは

一般社団法人 日本小児腎臓病学会

〒102-0075 東京都千代田区三番町 2 三番町 KS ビル

株式会社コンベンション リンケージ内

FAX： 03-3263-8687

事務局記載欄：【意志確認欄】確認日： _____ 年 月 日