

健診情報活用へのご協力（撤回）について

ご協力（撤回）についてはお電話・FAX・Mailにてお願い致します。
FAX・Mailの場合は、本ページを印刷していただき、ご送付ください。
※本人確認のために、お名前、生年月日、ご住所をお聞きしています。

桜十字福岡病院人間ドック・健診センターでの健診情報活用同意の撤回書

ふりがな

協力者氏名

生年月日

住所

桜十字福岡病院 理事長殿

上記の者は、桜十字福岡病院人間ドック・健診センターでの健診情報活用事業に協力することに同意しておりましたが、その同意をここに撤回し、今後桜十字福岡病院人間ドック・健診センターでの健診情報活用に上記の者の生体試料と健診の情報を提供いたしません。また、現在桜十字福岡病院人間ドック・健診センターでの健診情報活用に保管されている生体試料と健診の情報の保管と利用に対して以下のことを行うことを請求いたします。

①か②のどちらかを選択ください。

① 全ての研究

② 研究承認番号（ ）

（該当する項目一つにチェックを入れてください。）

1. 研究活用における本日以前の健診情報のみ利用を認めます。

2. 研究活用における健診情報の利用を認めません。

桜十字福岡病院 人間ドック・健診センター

TEL：092-791-1125 FAX：092-791-5650

（月～金：8:30～16:30、第1・3土：8:30～12:00）

Mail：fukuoka@sakurajyuji.jp