

熊本大学病院バイオバンク同意の撤回書

ふりがな	
協力者氏名	
診察券番号（患者番号） ※不明の場合は未記入のまま ご提出ください	
生年月日	

熊本大学病院長 殿

上記の者は、熊本大学病院バイオバンク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、今後バイオバンクに上記の者の生体試料と診療の情報を提供いたしません。

また、現在バイオバンクに保管されている生体試料と診療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。

チェックボックス：該当する項目一つにチェックを入れてください。

1. 追跡の中止

すでに採取・収集されバイオバンクが保管している生体試料と診療の情報については、今後の利用を認める。

2. 追跡および使用の中止

すでに採取・収集された生体試料と診療の情報の保管は認めるが、使用しないこと。

3. 全撤回

現在バイオバンクが保管している生体試料および診療の情報を破棄すること。

ご請求日：西暦 年 月 日

(請求者)

氏名： _____ 協力者との続柄： _____

住所： _____

電話番号： _____

上記が協力者本人でない場合は、協力者本人の意思に基づくものであるかどうかを記載ください。

- 協力者本人の意思に基づくものである。
- 協力者本人の意思を確認していないが、撤回に至る以下の理由がある。

理由： _____

※全撤回を請求される場合は、破棄を終えましたら、ご請求者に対して作業完了のご報告をいたします。

◆熊大病院バイオバンクでは、以下に示す基本方針に従って処理を行いますことをご了解ください◆

熊大病院バイオバンクでは、本書面をもって、ご協力者から同意の全撤回の申し出がありました場合には、以下に示す基本方針にしたがって処理を行います。

・熊大病院バイオバンクに保管している、ご提供いただいた生体試料（血液、組織など）および診療の情報については、今後研究に用いないようにするため完全に破棄します。すでに研究のために使用されていて破棄できない場合もありますので、あらかじめご了承ください。