

診療目的で収集された血液・組織・診療情報等の研究用保管と、
 バイオバンク採血による医学研究へのご協力についての

意思表示変更通知書

国立がん研究センター理事長 殿

私は、「診療目的で採取された血液・組織・診療情報等などの研究用保管と、バイオバンク採血による医学研究へのご協力をお願い」について、文書による説明を受け提出した同意書の内容について、以下のように意思表示を変更しますのでお知らせします。

1) 余剰検体と診療情報等、解析情報をバイオバンクで保管・管理し、医学研究に利用されることに	☐ 同意します ☐ 同意しません
2) バイオバンク採血等、診療情報等、解析情報をバイオバンクで保管・管理し、医学研究に利用されることに	☐ 同意します ☐ 同意しません

血液や組織などの 提供者本人	氏名	(自署・代筆)
	署名日	西暦 年 月 日
	診察券番号	
代諾者 あるいは 代筆者 (必要時記載)	氏名	(自署)
	提供者本人との関係	
	住所	
	電話番号	

- 本書類を受領したことや廃棄完了について当センターからのお知らせを希望する場合

本書類を受領したことや廃棄完了について当センターからのお知らせを希望する場合は、以下の項目にチェックをお願いします。お知らせを希望する場合は送付先の住所を記載ください。なお、お知らせまでに時間がかかることがあります。

☐ 本書類を受領したことを知らせてください。 ☐ 廃棄作業が完了したことを知らせてください。 ☐ お知らせの差出人名を指定します。 ※ご記載がない場合「国立がん研究センター東病院」が差出人名になります。 ※ご指定の差出人名を下記にご記載ください。例「東病院」 ご指定の差出人名:	
お知らせの郵送先	〒

- 必要事項をご記入の上、コピーをお手元に残し、郵送または病院2階バイオバンク窓口にご提出ください。

問い合わせ先 国立がん研究センター 東病院 2 階 バイオバンク窓口
 04-7133-1111(内線 2550)
郵送先 〒277-8577 千葉県柏市柏の葉 6-5-1
 国立がん研究センター東病院 ローカル支援室 バイオバンク窓口

意思表示変更通知書受領書

_____様

確かに意思表示変更通知書を受領しました。

受領日 西暦 年 月 日

受領者