

ギラン・バレー症候群を対象とした症例レジストリ（前向き観察研究）

# 同意撤回書

千葉大学医学部附属病院長 殿

令和 年 月 日

私は、本研究への以下の項目に関する同意を撤回します。情報の使用、保存を中止してください。

該当する項目の口にチェックをして下さい。

（1.のみのチェックした場合でも2.の同意も撤回したものといたします。2.のみチェックした場合は、本研究が終了した後、情報を破棄いたします。）

1. 提供する情報が、本研究に使用されること。  
 2. 提供する情報が、将来新たに計画・実施される研究に使用されること。

ご署名： \_\_\_\_\_

※ 情報などの廃棄の終了をお知らせするハガキの送付をご希望の方は、以下へご住所の記入をお願いいたします。

ご住所：〒  
\_\_\_\_\_

【送付先】

千葉大学大学院医学研究院 脳神経内科学 水地 智基  
住 所：〒260-8670 千葉市中央区亥鼻 1-8-1

※ 代諾者による同意撤回の場合は以下も記入してください。

被登録者の氏名： \_\_\_\_\_

続柄： \_\_\_\_\_