

研究利用撤回申請書

提出先（送付先）

〒362-0806

埼玉県北足立郡伊奈町小室 8 1 8

埼玉県立がんセンター

FAX:048-722-1129

埼玉県立がんセンター病院長殿

研究代表者名: _____ 宛て（該当研究の代表者名をお書きください。）

私は、研究課題番号 _____ の研究に私の試料が利用されること拒否します。（研究に利用して欲しくない研究課題番号または課題名を下線部分にご記入ください。）

理由（差し支えなければ、ご記入ください。）

年 月 日

試料等提供者本人または代諾者（代諾者の場合、本人との関係）

ふりがな

氏名（自署）

ふりがな

試料提供者名（上記と異なる場合記入）

当センター登録番号

住所

電話番号
