

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班
クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス（実地調査）
（または自然歴調査）についての同意撤回確認書

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班

クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス委員会 委員長 水澤 英洋 先生

下記の患者について、先に

- サーベイランス登録研究と自然歴調査研究の双方の研究に
- サーベイランス登録研究のみについて
- 自然歴調査研究のみについて （該当するものにチェックをお願いいたします）

協力することの同意が撤回されましたので、ご連絡いたします。

20 年 月 日

主治医氏名：

所 属：

記

患者氏名（イニシャル）へボン式(姓・名)：

生年月日：(西暦) 年 月 日

性別： 男 ・ 女

(どちらかを○で囲んでください)

同意者： 患者本人 ・ 代諾者（本人との関係： ）

※主治医の先生へのお願い

【様式 3】の同意撤回書は、患者の個人情報保護のため、先生の方で保管してください。同意が撤回されたことを示すために、この確認書（【様式 4】）に必要事項を記入の上、PDF 化して、サーベイランス研究事務局（prion-ncnp@ncnp.go.jp）宛にご送信ください。