

電話連絡先の提供に関する同意文書

研究名：プリオン病のサーベイランスおよび自然歴に関する全国調査研究
—第2研究（JACOP 自然歴調査研究）—

上記研究における国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センターの調査員からの電話調査を受けるため、電話連絡先を提供することに同意いたします。

同意日：平成_____年_____月_____日

連絡先（本人） 電話番号：_____

携帯番号：_____

電子メールアドレス：_____@_____

本人署名（自署）：_____

連絡先（代諾者）電話番号：_____

携帯番号：_____

電子メールアドレス：_____@_____

代諾者署名（自署）：_____

連絡希望時間帯：_____時～_____時

（事務局での対応可能時間帯は 平日 9:00～16:00 です）

主治医氏名：_____

所属：_____

※主治医の先生へのお願い

本紙【様式5】は自然歴調査にもご同意いただいた方のみ使用してください。原本は先生の方で保管してください。上欄に患者さん・代諾者のメールアドレス、電話番号等を記入し、個人情報を保護するために、PDF化してパスワードを設定し、サーベイランス研究事務局 (prion-ncnp@ncnp.go.jp)宛に送信ください。

PDF化が不可の場合にはコピーを下記へ郵送ください。

〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1 国立精神・神経医療研究センター病院
プリオン病サーベイランス研究事務局宛