**「JPVAS血管炎前向きコホート研究（臨床情報の提供）」**

**への協力の同意撤回書**

**JPVAS血管炎前向きコホート研究　研究代表者　殿**

**私は、「JPVAS血管炎前向きコホート研究（臨床情報の提供）」について自身の臨床情報の提供に同意しておりましたが、この度同意を撤回したいと存じますので何卒宜しくお願い申し上げます。**

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

同意撤回の内容

研究成果の公開やデータを解析した後の場合は、すでに提供した臨床情報について削除できない場合があることに了承しますが、今後、臨床情報の提供は希望いたしません。

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

＜署名欄＞

記入日 西暦　　　　　年　　　月　　　日

被登録者または代諾者の氏名：

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　（　　　　　）

* + 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：