

(参考例)

〇〇保健所 (〇〇市町村 〇〇株式会社)

研究 (代表) 者 〇〇 〇〇 (宛て)

研究協力同意撤回書

私は「〇〇の研究」について研究協力に同意しましたが、この度、協力を中止することにしましたので、通知します。

収集された情報を使用しないこと及び情報の消去を希望します。

日付： 年 月 日

氏名 (署名) : _____

【問い合わせ先】

研究 (代表) 者 : 〇〇〇〇

所属機関・職位 : 〇〇保健所 主任保健師

所属機関住所 : 〇〇県〇〇市〇〇 (個人の住所は明記しない)

電話 : (所属先あるいは研究専用の電話番号を明記すること)