○○保健所（○○市町村　○○株式会社）

研究（代表）者　○○　○○　（宛て）

研究協力同意撤回書

私は「○○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）：

＊本同意書については、ご送付いただく前に、控えをお取りください。

　　　　　　　　　　　　【問い合わせ先】

研究責任者：○○○○

所属機関・職位：○○保健所　主任保健師

所属機関住所：○○県○○市○○（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）

(同意撤回に期限がある場合の記載例)

大変申し訳ございませんが、研究分析の都合上、同意の撤回をされる場合には、インタビュー調査の実施から1か月以内にご連絡いただきますようお願いいたします。なおそれ以降は、分析段階に入っており、貴殿からの情報を完全に削除することが難しい場合もありますが、可能な限り対応いたします。