

# 同意撤回書

病院 病院長 殿

私 \_\_\_\_\_（被験者の氏名）は、2022年7月1日から2024年3月31日までの期間に小児急性肝炎の診断で入院し治療を受けた患者を対象として実施される研究「原因不明の小児急性肝炎に関する第2回全国実態調査および病原体検索の研究」について、研究担当者から説明文書に基づいて説明を受け、参加することに同意いたしましたが、その同意を撤回いたします。当該研究において収集された私に由来する臨床情報および検体等の今後の取り扱いについては、以下のようにお願いいたします。

## [1] 臨床情報収集について（該当するものにチェックを入れてください）

- これ以降の臨床情報の収集は認めません。ただし、既に得られたデータ等の使用は認めます。
- これ以降の臨床情報の収集ならびに利用は認めません。また、これまでに得られたデータ等の使用も認めず、廃棄を希望します。（ただし、既に個人情報から切り離され解析されている場合にはそのデータの廃棄が困難であることは承知します。）

## [2] 検体収集と病原体検索について（該当するものにチェックを入れてください）

- これ以降の検体収集および病原体検索は認めません。ただし、既に得られた検体および病原体検索に係るデータの使用は認めます。
- これ以降の検体収集および病原体検索は認めません。また、これまでに得られた検体および病原体検索に係るデータの使用も認めず、廃棄を希望します。（ただし、既に個人情報から切り離され解析されている場合には検体および病原体検索から得られたデータの廃棄が困難であることは承知します。）

（本人）

同意撤回日：西暦 年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_（代諾による場合は空欄のままで結構です）

（代諾者）＊本人が同意に関して判断ができない場合

同意撤回日：西暦 年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

（確認者氏名：研究責任者・分担者）

上記の研究対象者が、研究の参加の同意を撤回したことを確認しました。

確認日：西暦 年 月 日

所属名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

注記）同意撤回は検体の保管期限である2030年3月31日以降は受け付けることができません。期限日以降は、残余検体はREBINDへ移譲され、個人を特定できない状態となり、同意撤回に基づく廃棄ができません。どうかご了承ください。