

同意撤回書

琉球大学学長 殿

研究課題名「沖縄県宜野湾市地域住民を対象とした健康教育プログラム」

【 研究参加者の署名欄 】

私は、上記臨床研究について、研究担当者より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。これを撤回します。

同意撤回日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

研究参加者氏名（自署） _____

【 研究担当者の署名欄 】

私は、上記の研究参加者（又は代諾者）が、同意を撤回されたことを確認しました。

同意撤回確認日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認者氏名（自署） _____

なお、試料等の取り扱いについては、以下の通り希望します。

- 同意撤回までに提供したすべての情報等の破棄を希望します。
- 同意撤回までに提供した情報等を研究に使用することを認めます。

＜研究に関する問い合わせ先＞
琉球大学グローバル教育支援機構 保健管理部門
研究責任者：崎間 敦 TEL 098-895-8144
琉球大学教育学部保健体育 学校保健学
研究責任者：宮城 政也 TEL 098-895-8438