

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 >

メールアドレス： ryudai-ghpj@acs.u-ryukyu.ac.jp

LINE アカウント： <https://lin.ee/NwzFRqc> 事務局連絡先：098-895-8390

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

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