

この**意思表示書**は、「法医解剖時に保存されたサンプル等を研究に使わせていただくこと」について同意されない場合、あるいは既に当教室で行われている研究に文書で同意された方が同意を撤回する場合に、ファックスまたは郵送でお送りください。

受領後、当教室より記載いただいた住所宛に「確認書」を送付いたします。

ファックス番号：043-226-2079

郵送：〒260-8670 千葉市中央区亥鼻 1-8-1 千葉大学大学院医学研究院法医学教室 宛

意思表示書が提出されない場合は、同意いただいたものとさせていただきます。

なお、研究結果が出た後のお申し出については、学会発表や論文投稿が終了した場合など、研究結果からデータを削除することができない場合がございます。あらかじめご了承ください。

※この枠内はすべて必須項目です

千葉大学大学院医学研究院法医学教室 宛

### 法医解剖時に保存されたサンプル等を研究へ利用することについての意思表示書

私は、法医解剖時に保存されたサンプル等を研究へ利用することについて、以下のとおり判断しました。(以下の□にチェック✓してください。)

「法医解剖時に保存されたサンプル等を研究へ利用すること」  
について同意しません。

亡くなられた方のお名前 \_\_\_\_\_

この書類を提出された方のお名前 \_\_\_\_\_

亡くなられた方との続柄 \_\_\_\_\_

確認書送付先

〒 \_\_\_\_\_

署名した日

令和

年

月

日