

説明者氏名 _____ 職名 _____ 日付 _____年__月__日

(2006年X月X日作成)



神経疾患ブレインバンク研究班

献脳生前同意登録事務局

〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1 国立精神・神経医療研究センター内

電話 042-346-1868, ファックス 042-346-1889

研究班ホームページ: <http://www.brain-bank.org>

神経疾患ブレインバンクへの献脳生前同意登録
(献脳ドナー登録) に関する同意の撤回文書 (PDBB IC1-3)

神経疾患ブレインバンク運営委員会 委員長 殿

私は神経疾患ブレインバンクと献脳生前同意登録(献脳ドナー登録)について同意しましたが、その同意を撤回します。

献脳ドナー登録者またはご家族記入欄

記入日 _____年__月__日

献脳ドナー登録者氏名 _____

住所 〒 _____

電話 _____

代筆者のお名前 _____

住所 _____

ご家族のお名前 氏名 _____

登録者との続柄 _____

住所 〒 _____

電話 _____

送付先

〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1

国立精神・神経医療研究センター病院内

神経疾患ブレインバンク運営委員会