

新生児マススクリーニング検査に関する実証事業同意撤回申出書

年 月 日

医療機関の長

主治医 様

保護者の氏名 ㊞

(続柄)

わたしは、新生児マススクリーニング検査に関する実証事業の参加（検査の実施）に同意しましたが、都合により同意を撤回します。

新生児の生年月日及び性別	年 月 日 (男 ・ 女)
ふりがな 母の氏名	
検査日（採血日）	年 月 日

※ 検査実施前に同意を撤回された場合は、追加の検査（SCID・SMA）を実施しません。

※ 検査実施後に同意を撤回された場合は、原則、解析対象からデータを除外しますが、撤回のタイミングによっては、データの除外が難しい場合もあります。

【医療機関記載欄】

医療機関名	
検体送付日	年 月 日

※ 同意の撤回を確認した場合は、検査機関に電話連絡の上、同意撤回書を送付ください。

担当者：島津テクノリサーチ 医療研究開発支援センター 臨床検査グループ 藤原
電話番号：075-823-9490