研究実施施設名：
富山県厚生農業協同組合連合会 高岡病院
版数：1.0
作成日：2026 年　4 月　3 日

ご本人保管用

同　意　撤　回　書

厚生連高岡病院　院長　柴田和彦　殿

私は、「早期および局所進行 KRAS 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌のレジストリ研究」についての参加に同意いたしましたが、都合により同意を撤回いたします。

また、□　同意撤回前に収集された情報について、利用してもかまいません。

□　同意撤回前に収集された情報について、利用しないでください。
（いずれかに✔を入れてください）

（本人）同意撤回日　西暦　　年　　月　　日　氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、この同意の撤回について、確認いたしました。

（研究責任医師）職名：　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

（説明担当医師）職名：　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

同意撤回確認日　西暦　　年　　月　　日　署名＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先
所属　　：呼吸器内科
責任医師名　　：鈴木　淳也
TEL　　：0766-21-3930（代表）

研究実施施設名：
富山県厚生農業協同組合連合会 高岡病院
版数：1.0
作成日：2026 年　4 月　3 日

診療録保管用

同　意　撤　回　書

厚生連高岡病院　院長　柴田和彦　殿

私は、「早期および局所進行 KRAS 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌のレジストリ研究」についての参加に同意いたしましたが、都合により同意を撤回いたします。

また、□　同意撤回前に収集された情報について、利用してもかまいません。

□　同意撤回前に収集された情報について、利用しないでください。
（いずれかに✔を入れてください）

（本人）同意撤回日　西暦　　年　　月　　日　氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、この同意の撤回について、確認いたしました。

（研究責任医師）職名：＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

（説明担当医師）職名：＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

同意撤回確認日　西暦　　年　　月　　日　署名＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先
所属　：呼吸器内科
責任医師名　：鈴木　淳也
TEL　：0766-21-3930（代表）