

【返送用】

※アンケートに同封の上ご返送ください

アンケート調査協力に関する同意書

東北大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学分野 教授
大内 憲明殿

- ◎説明文書を読み、アンケート用紙を通じて提供する私の情報および検査などの結果が調査・研究目的に集計され、匿名で公表されることを承諾いたします。
- ◎受診した検診センターでの乳がん検診の情報や、検診により精密検査を受診している場合、また乳がんにかかっていることがわかった場合、研究班がその情報を収集することを承諾します。

これらのことを理解のうえ、研究に協力します。

¹□はい ・ ²□いいえ

記入日 西暦 20 年 月 日

ふりがな
ご署名

生年月日 西暦 19 年 月 日

住 所 〒

携帯電話または自宅電話

メールアドレス

* データの集計・公表に同意していただいた場合でも、この同意はいつでも撤回できます。

【返送用】

※アンケートに同封の上ご返送ください

アンケート調査協力に関する同意書

東北大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学分野 教授
大内 憲明殿

- ◎説明文書を読み、アンケート用紙を通じて提供する私の情報および検査などの結果が調査・研究目的に集計され、匿名で公表されることを承諾いたします。
- ◎受診した検診センターでの乳がん検診の情報や、検診により精密検査を受診している場合、また乳がんにかかっていることがわかった場合、研究班がその情報を収集することを承諾します。

これらのことを理解のうえ、研究に協力します。

¹□はい ・ ²□いいえ

記入日 西暦 20 年 月 日

ふりがな

ご署名 _____

生年月日 西暦 19 年 月 日

住 所 〒 _____

携帯電話または自宅電話 _____

メールアドレス _____

* データの集計・公表に同意していただいた場合でも、この同意はいつでも撤回できます。

【返送用】

※アンケートに同封の上ご返送ください

アンケート調査協力に関する同意書

東北大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学分野 教授
大内 憲明殿

- ◎説明文書を読み、アンケート用紙を通じて提供する私の情報および検査などの結果が調査・研究目的に集計され、匿名で公表されることを承諾いたします。
- ◎受診した検診センターでの乳がん検診の情報や、検診により精密検査を受診している場合、また乳がんにかかっていることがわかった場合、研究班がその情報を収集することを承諾します。

これらのことを理解のうえ、研究に協力します。

¹□はい ・ ²□いいえ

記入日 西暦 20 年 月 日

ふりがな
ご署名

生年月日 西暦 19 年 月 日

住 所 〒

携帯電話または自宅電話

メールアドレス

* データの集計・公表に同意していただいた場合でも、この同意はいつでも撤回できます。