

年 月 日

「試料提供者に知らせるべき二次的所見/偶発的所見」の報告

浜松医科大学 キャンサーバイオバンク委員会委員長殿

研究担当者(責任者) 氏名・所属

研究課題名	
所見(試料番号・遺伝子異常の詳細)	
同意書の連絡希望事項の check 欄	「研究の過程で、私や私の家族の健康を守る上で重要と考えられることがわかった場合は、その内容を知らせてほしいですか?」の質問に対する試料提供者の答え <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
備考	