

同意頂けない場合は、ご記入頂き、下記まで Fax もしくは、(ご記入頂いた書式の写真を)メール送信  
お願い致します。

関東子ども健康調査支援基金 担当 木本 宛て

メール ibachiba@kantokodomo.info

FAX 0297-45-6675

慶應義塾大学・商学部・教授・濱岡豊 殿

関東子ども健康調査支援基金・共同代表・佐藤登志子 殿

「関東子ども健康調査における甲状腺所見の関連因子の分析」への  
匿名化データ提供不同意について

同研究へのデータ提供には同意しません。

日付 2021 年 月 日

現住所 \_\_\_\_\_

(現住所と異なる場合のみ: 検診受診時の住所) \_\_\_\_\_

(※) 受診者氏名 \_\_\_\_\_ (受診者: 署名もしくは捺印。 )

(※) 受診者代理人氏名 \_\_\_\_\_ (受診者代理人: 署名もしくは捺印。 )

(※) 受診された方の現在の年齢によって記入方法が異なりますので、ご注意ください。

・受診者が現在 16 歳未満の場合

保護者が「受診者氏名」「受診者代理人氏名」に記入頂き、「受診者代理人」の右に署名もしくは捺印して  
ください。

・受診者が 16・17 歳の場合

受診者が「受診者氏名」に記入し「署名もしくは捺印」して下さい。保護者の方も「受診者代理人氏名」に  
記入し「署名もしくは捺印」して下さい。

・受診者 18 歳以上の場合

受診者が「受診者氏名」に記入し「署名もしくは捺印」して下さい。

以下はわかる範囲で記入をお願いします。

検診後にお渡しした「甲状腺検診結果報告書」にある受診者 ID \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診会場 \_\_\_\_\_

連絡先(基金のデータベースと照合し、確認が必要になった場合、連絡させていただきます。)

メールもしくは電話番号 \_\_\_\_\_