

(様式1)

## 登録・管理依頼状

一般社団法人 日本筋ジストロフィー協会  
神経・筋疾患医学情報登録・管理機構  
機構長 大澤 真木子 殿

私の遺伝子診断の結果を含めた医学情報を、貴機構に登録・管理することをお願いいたします。なお、登録・管理の意思がなくなったときには、いつでも貴機構の記録リストから私の情報が削除される権利を担保していることを理解しております。

署名に際して、ご本人が署名できない場合には代筆者が署名してもかまいません。その場合には、(代筆)と注記するようお願い致します。代諾者の場合、下の代諾者署名欄に署名をお願いいたします。

【代諾】：患者本人に同意能力がない、もしくは乏しい場合に患者本人の代わりに同意を得ること。代諾者には、配偶者、保護者、後見人またはそれらに相当する人等、患者の最善の利益を図りうる人が望ましい。

【代筆】：患者本人に同意能力はあるが、機能障害等により筆記が困難な場合に代筆者をたてて、患者本人から同意を得ること。

本人氏名： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

電 話： \_\_\_\_\_

同意年月日 \_\_\_\_\_ 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本人署名(自筆)： \_\_\_\_\_

代諾者氏名： \_\_\_\_\_

代諾者と本人との関係： \_\_\_\_\_

同意年月日 \_\_\_\_\_ 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

代諾者署名(自筆)： \_\_\_\_\_