

## 写真使用 承諾書

### インターナショナル・レジストリー・オブ・ワーナー・シンドローム

下記のサインをもって、\_\_\_\_\_の写真を  
次の目的に使用することを許可します。 (氏名)

- |  |       |        |
|--|-------|--------|
| 1) 医学文献や医学講演   | ___はい | ___いいえ |
| 2) 科学や医学の教育目的  | ___はい | ___いいえ |
| 3) 一般に広く使われるメディア<br>新聞<br>テレビ<br>映画<br>雑誌<br>インターネット | ___はい | ___いいえ |

私は、写真が他の目的には使用されないと理解します。  
写真の人物が誰であるかは記述されませんが、個人に親しい人が見た場合には、  
誰であるかがわかる部位があるかもしれません。  
私は、下記宛てに連絡し、その後の写真使用許可を取り下げる権利が有ります。

ナンシー B ハンソン、 遺伝病カウンセラー  
Nancy Hanson, MS, CGC  
Genetic Counselor  
Department of Pathology  
University of Washington  
Box 357470  
Seattle, WA 98197  
USA

Phone: (206) 543-5088  
Fax: (206) 685-8356  
nbhanson@u.washington.edu

サイン／近親者／保護者のサイン

年月日

患者との関係 (保護者のサインの場合)