

※（原本）は研究者保管、（写）を患者さんへお渡しする。

同意撤回書

公益財団法人ときわ会 常磐病院 院長 殿

治療： 自己多血小板血漿（PRP）療法を用いた

関節炎・変形性関節症の治療

【患者さんの署名欄】

私は上記治療を受けることに同意しておりましたが、この度、自らの意思により前回の同意を撤回することにいたします。

撤回日：西暦 年 月 日 患者ID：_____

患者氏名：_____（自署）

【医師の署名欄】

私は、上記患者様が、同意撤回したことを確認しました。

確認日：西暦 年 月 日 所属：_____

氏名：_____（自署）