

同意撤回書

院長 殿

私は「自家多血小板血漿を用いた皮膚再生療法」に関し、治療の説明を受け同意書に署名しましたが、その同意書を撤回することを院長に口頭で伝え、確認のために同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 平成 年 月 日

患者氏名（署名または記名捺印）

㊞

連絡先

説明をした医師及び説明日

平成 年 月 日

署名：

㊞