

## 同意撤回書

横浜整形外科クリニック  
院長 野村 栄貴 殿

治療名：多血小板血漿（PRP）による変形性関節症治療

私は、この治療について説明者から文書により説明を受け、治療することに同意いたしましたが、これを撤回します。

年 月 日

本人氏名（自署）

印

なお、試料と情報の取り扱いについては、以下の通り希望します。

- 同意撤回までに提供した試料と情報はこれまでと同様に再生医療等安全性確保法に則し、取り扱うことを認めます。
- 同意撤回までに提供したすべての試料と情報の破棄を希望します。

本件に関する問い合わせ先

横浜整形外科クリニック （ 代表電話 045-326-3181 ）