同意撤回書

　　　　　　　　院長殿

私は「悪性腫瘍の予防に対する自家NK細胞療法」に関し、治療の説明を受け同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを担当医師　　　　　　　　　　　　　　　に口頭で伝え、確認のため同意撤回書を提出します。

平成　　年　　月　　日

患者氏名（署名または記名捺印）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

代諾者（署名または記名捺印）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

患者様との関係　　　　　　　　　　　 　 　　生年月日：　　　年　　　月　　　日生

立会人（署名または記名捺印）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

患者様との関係