

## 治療同意撤回書

医療法人社団ミッドタウンクリニック  
東京ミッドタウン皮膚科形成外科ノアージュ  
院長 上島 朋子 殿

私は、「毛髪再生に対する PRP 療法」に際し説明を受け、治療参加に同意いたしましたが、この度、その同意を撤回いたします。

この撤回につきまして、

- 同意撤回書を提出するまでの情報は使用してもかまいません。
- 全ての情報の使用について同意を撤回します。

【患者様】 記入年月日      年   月   日

ご氏名 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

【法定代理人(未成年の場合)】 記入年月日      年   月   日

ご氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

ご住所 \_\_\_\_\_

上記の内容について、同意を撤回されたことを確認します。

医療法人社団ミッドタウンクリニック  
東京ミッドタウン皮膚科形成外科ノアージュ

同意確認医師 \_\_\_\_\_ 同意説明年月日      年   月   日  
同意確認看護師 \_\_\_\_\_