

# 同意撤回書

院長 殿

私は「樹状細胞療法」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） \_\_\_\_\_ ⑩

連絡先 \_\_\_\_\_

代諾者（署名または記名捺印） \_\_\_\_\_ ⑩

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） \_\_\_\_\_ ⑩

連絡先 \_\_\_\_\_

患者様との関係 \_\_\_\_\_