

自己多血小板フィブリン（PRF）使用に関する 同意撤回書

私は上記治療の参加に同意しましたが、同意を撤回します。
今後の得られた検査等のデータは使用しないようお願いします。

同意撤回日 _____ 年 月 日

患者氏名(署名) _____

代諾者, 同席者

(いずれかに○) 署名 _____ (患者との関係:)

患者さんが 20 歳未満の場合は代諾者,同席者の方が署名し患者との関係を記載してください

担当医師確認日 _____ 年 月 日

確認医師署名 _____

同席者署名 _____

新潟大学医歯学総合病院

インプラント治療部