

※（原本）は研究者保管、（写）を患者さんへお渡しする。

同意撤回書

バイオセラクリニック 殿

治療名：_____

【患者さんの署名欄】

私は_____年 月 日に

- 1：上記治療の説明をうけ治療を受ける事
- 2：自己の医療情報や血液組織標本等が研究目的・教育目的に利用される事

に同意しておりましたが、この度、自らの意思により前回の同意を撤回することにいたします。

撤回日：西暦_____年 月 日 患者氏名：_____（自署）

代理人：_____

（本人との関係_____）

【医師の署名欄】

私は、上記患者が、上記同意を撤回したことを確認しました。

確認日：西暦_____年 月 日

医療法人 バイオセラ会バイオセラクリニック

医師氏名：_____（自署）