（2014/5/23 改訂版）

同意撤回書

治療責任者
　形成外科・深水秀一　殿

治療課題名：**多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍治療**

１．私は、上記の治療について、参加することに同意しておりましたが、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。

平成　　年　　月　　日

本人署名：　　（自署）

上記参加者が、治療への参加を撤回したことを確認しました。

平成　　年　　月　　日

治療担当者署名：　　（自署）