

「5種複合免疫療法」「DCアイバック・WT1療法」
「DCアイバック・CSC療法」同意撤回書

年 月 日

治療法：() 5種複合免疫療法 ※○印を付けて下さい。
() DCアイバック・WT1療法
() DCアイバック・CSC療法

私は、上記治療について、医師から説明を受け、本治療を受けることに同意しましたが、その同意を取りやめます。よって以後の治療を中止します。

患者様氏名 _____

同意日 平成 年 月 日

撤回日 平成 年 月 日

患者様署名または記名・捺印 _____

代諾者署名または記名・捺印 _____

(患者様との続柄) _____

本治療に関する同意は撤回されたことを確認します。

同意を撤回することにより不利益な取扱を受けることはありません。

担当医師（説明を行った医師）

施設名： _____

氏名： _____ 印