## 「5 種複合免疫療法」「DCアイバック・WT 1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	(V)
<ul><li>( ) DCアイバック・WT 1 療法</li></ul>								
		)DCアイバ <sub>ン</sub>						
		) DC) 1/1,			`			
<b>エルユ I</b>	ションケッチ	シェーン・マード	红立いと 芸	叩チがい	ı → 3/√.	店ナ 辺 ユファ	· ]. ) = 🖂 =	<del>**</del> 1
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。								
ましたか	1、その	叩息を取りやの	りよう。	よつ(以	、俊の宿り	<b>駅を中止しま</b>	-9 <sub>0</sub>	
患者	様氏名							
	同意日	平成	年	月	目			
	撤回日	平成	年	月	日			
	11011-111	1 792	'	, ,				
患者様署名または記名・捺印								
忠有 怀者	百石よん	.は記名・捺印_					_	
/\. =\+ +\r =	9 A 3-3-							
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ございません。								
, ,,_	- •.•						Ü	
担当医師	后 (前田	を行った医師)						
177 - 177 Hil	r (104'9]	C   1 ~ / C 전 Hill/						
<b>提</b> 記力				<b></b> .	<b>夕</b> .			ĽП
心取行:				1	<b></b>			印