

同意撤回書

院長 殿

私は「自家多血小板血漿療法」に関し、治療の説明を受け同意書に署名しましたが、その同意書を撤回することを有菌 久雄院長に口頭で伝え、確認のために同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 平成 年 月 日

患者氏名（署名または記名捺印）㊟

連絡先

代諾者（署名または記名捺印）㊟

連絡先

患者様との関係 生年月日： 年 月 日生

立会人（署名または記名捺印）㊟

連絡先

患者様との関係

説明をした医師及び説明日

平成 年 月 日

署名：㊟

署名：㊟