

# 同意撤回文書

会津中央病院 病院長 殿

私は、「脂肪組織由来幹細胞を用いた脳内出血に対する臨床研究」実施に際し説明を受け、研究参加に同意しましたが、この度、本同意を撤回しますので、速やかに対処してください。

平成 年 月 日

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名・捺印)

代諾者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_) (署名又は記名・捺印)

(患者氏名: \_\_\_\_\_)