

## 同意撤回書

横浜市立大学 理事長

このたび私は、下記研究内容へ同意したことを撤回します。

研究名：PRP(多血小板血漿)による難治性潰瘍の治療

研究責任者：前川 二郎 (横浜市立大学附属病院 形成外科 部長)

平成 年 月 日

協力者署名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代諾者署名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

代諾者署名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

---

\* 同意を撤回される場合は、この同意撤回用紙もしくは同様の内容を記載した紙を、  
説明医師 \_\_\_\_\_ にお渡しいただくか、下記宛先までご郵送下さい