

同意撤回書

帝京大学医学部附属病院長殿

研究課題名：アキレス腱断裂縫合術における PRP 療法の有効性と安全性の検討

私は、この研究について説明者から文書により説明を受け、参加することに同意いたしましたが、これを撤回します。

20 年 月 日

本人氏名（自署）

印

なお、研究試料と情報の取り扱いについては、以下の通り希望します。

- 同意撤回までに提供した試料と情報を研究に使用することを認めます。
- 同意撤回までに提供したすべての試料と情報の破棄を希望します。

研究に関する問い合わせ先

帝京大学医学部附属病院

研究責任医師 整形外科 講師 安井 洋一
TEL : 03-3964-1211 (内線 7189)