

同意撤回書

バイオセラクリニック 殿

研究名：ネオアンチゲン・ペプチドを抗原とした樹状細胞療法の安全性評価

【患者さんの署名欄】

私は 年 月 日に

研究内容の説明をうけ研究に参加することに同意しておりましたが、この度、自らの意思によりその同意を撤回いたします。

撤回日： 年 月 日

氏名： _____ (自署)

代理人： _____ (本人との関係 _____)

【医師の署名欄】

私は、上記同意を撤回したことを確認しました。

確認日： 年 月 日

医療法人 バイオセラ会バイオセラクリニック

医師氏名： _____ (自署)