

再生医療等を受ける者に対する同意撤回書

再生医療実施責任者、ご担当医師 殿

私は同意の撤回をします。

【患者さまサイン欄】

記入日	年 月 日
患者さまサイン（自署）	
患者さまご住所	
患者さま電話番号	— —

【代理人さまサイン欄】 ※患者さま署名がある場合は、代理人さま記載必要なし。

記入日	年 月 日
代理人さまサイン（自署）	
患者様とのご関係	
代理人さまご住所	
代理人さま電話番号	— —

【医療通訳さまサイン欄】 ※医療通訳が無い場合は、記入の必要はありません。

記入日	年 月 日
患者さまサイン（自署）	
患者さまご住所	
患者さま電話番号	— —

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さまの同意の撤回を承知しました。

記入日	年 月 日
担当医師サイン（自署）	