

# 同意撤回書

医療法人社団啓神会 M再生クリニック  
院長 飯塚 啓介 殿

私は、医療法人社団啓神会 M再生クリニックの提供する「間質血管細胞群（SVF）を用いた Cell-assisted lipotransfer（CAL）による皮膚治療」について、同意説明書に基づき医師から十分な説明を受け、 年 月 日より治療の実施に同意し、同意書に署名をいたしました。この同意を撤回いたします。

なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他費用については、私が負担することに異存はありません。

同意撤回日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (署名または記名・捺印)

代諾者（家族）氏名 \_\_\_\_\_ (署名または記名・捺印)

続柄 \_\_\_\_\_