

同意撤回書

医療法人ひまわり会 TOKYO ひまわりクリニック
理事長 小野 龍太 殿

私は再生医療等【自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いたアトピー性皮膚炎の治療】
を受ける事について同意いたしましたが、この同意を撤回します。

同意撤回年月日 _____ 年 月 日

患者様署名 _____