



## 同意撤回書

TOKYO MISEN CLINIC

院長 土田 諒平 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 \_\_\_\_\_