

同意撤回書

TOKYO MISEN CLINIC

院長 土田 諒平 殿

私は再生医療等【NKM 免疫細胞療法】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 _____