※（原本）は研究者保管、（写）を患者さんへお渡しする。

同意撤回書

ビオセラクリニック　殿

再生医療名：腫瘍抗原標識樹状細胞を用いた抗原特異的免疫の誘導・強化

【患者さんの署名欄】

私は　　年　　月　　日に

１：上記内容の説明をうけ本再生医療を受ける事

２：自己の医療情報や血液組織標本等が研究目的・教育目的に利用される事

に同意しておりましたが、この度、自らの意思により前回の同意を撤回することにいたします。

撤回日：西暦　　年　　月　　日　患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

代理人：＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人との関係　　）

【医師の署名欄】

私は、上記患者が、上記同意を撤回したことを確認しました。

確認日：西暦　　年　　月　　日

医療法人　ビオセラ会ビオセラクリニック

医師氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）