

同意撤回書

医療法人ネオポリス診療所 新宿皮フ科
院長 榎並 寿男 殿

私は、本再生医療（名称：「自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いた腰痛の治療」説明文書 第
版））を受けることについて同意いたしましたが、この同意を撤回いたします。

患者さん 同意撤回年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

医療法人ネオポリス診療所 新宿皮フ科

同意撤回確認年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意撤回確認医師 _____