

# 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アルツハイマー病の治療（脊髄腔内・静脈投与の併用）」 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 \_\_\_\_\_