

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トピー性皮膚炎および関節リウマチの治療」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 _____