

## 同 意 撤 回 書

白山リハビリ整形外科  
院長 楠元 恵一 殿

治療名：多血小板血漿（PRP）による変形性関節症および半月板損傷治療

私は、この治療について説明者から文書により説明を受け、治療することに同意  
いたしましたが、これを撤回します。

年 月 日

本人氏名（自署）

印

なお、試料と情報の取り扱いについては、以下の通り希望します。

- ☐ 同意撤回までに提供した試料と個人情報はいままでと同様に再生医療等安全性  
確保法に則し、取り扱うことを認めます。
- ☐ 同意撤回までに提供したすべての試料と情報の破棄を希望します。

本件に関する問い合わせ先

白山リハビリ整形外科 （代表電話 03-6801-8220）