

同意撤回書

私は「整形外科領域の軟部組織に対する自家多血小板血漿療法」に関し、治療の説明を受け同意書に署名しましたが、その同意書を撤回することを院長に口頭で伝え、確認のために同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 年 月 日

患者氏名（署名または記名捺印）(印)
連絡先

立会人（署名または記名捺印）(印)
連絡先
患者様との関係