

同意撤回書

医療法人寿会八幡クリニック
実施責任者 白木 里香 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

医療法人寿会八幡クリニック

同意撤回確認年月日 年 月 日

同意撤回確認医師