

## 同意撤回書

医療法人寿会八幡クリニック  
実施責任医師 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脱毛症の改善」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 \_\_\_\_\_