同意撤回書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

院長殿

私は「悪性腫瘍に対する自家 NK 細胞療法」に関し、治療の説明を受け同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを担当医師に口頭で伝え、確認のため同意撤回書を提出します。

年　　月　　日

患者氏名（署名または記名捺印）　　㊞

連絡先

代諾者（署名または記名捺印）　　㊞

連絡先

患者様との関係　　生年月日：　　年　　月　　日生