

同意撤回書

ノアクリニック 院長 青野 英幸 殿

私は再生医療等（名称「皮膚細胞老化による加齢性変化（シワ、シミ、たるみ、陥没）に対する自己脂肪組織由来幹細胞を用いた局所注射療法」）の提供を受けることについて同意致しましたが、この同意を撤回致します。

なお、同意を撤回するまでに発生した治療費、その他の費用については私が負担することに異存はありません。

撤回年月日 年 月 日

ご本人様ご署名

印