

同意撤回書

ノリス美容クリニック 院長 千原良友殿

私は再生医療等（名称「慢性疼痛に対する自己脂肪組織由来幹細胞を用いた治療」）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

代諾者様ご署名

印

代諾者様の場合はご本人様との関係