

## 同意撤回書

医療法人社団弘道会 第2西原クリニック  
西原 弘道 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関節リウマチおよびアトピー性皮膚炎等の自己免疫疾患の治療」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 \_\_\_\_\_

医療法人社団弘道会 第2西原クリニック

同意撤回確認年月日 年 月 日

同意撤回確認医師 \_\_\_\_\_