

同意撤回書

医療法人社団医進会大阪小田クリニック
院長 杉山高秀 殿

私は再生医療等【自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性関節症の治療】を受ける事について同意いたしましたが、この同意を撤回します。

同意撤回年月日 _____ 年 月 日

患者様署名 _____