

同意撤回書

トリニティクリニック大阪
実施責任医師 梁 昌熙 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慢性疼痛の治療」 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

トリニティクリニック大阪 同意撤回確認年月日 年 月 日

同意撤回確認医師