

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自閉症の治療」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 _____