

同意撤回書

高知大学医学部附属病院長 殿

わたしは、「変形性股関節症に対する PRP 関節内注射療法の疼痛改善効果に関する臨床研究」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを、高知大学医学部附属病院整形外科の研究担当医師 _____ に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

なお、わたしは、同意を撤回するまでに収集されたこの研究に関するわたしの情報や検体について、この研究の目的においてのみ使用することに

同意します 同意しません

西暦 年 月 日

(研究対象者)

氏 名 _____

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

西暦 年 月 日

所属： 整形外科

研究担当医師氏名 _____