

## 同意撤回書

医療法人社団禮聖会 トリニティクリニック福岡  
院長 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アトピー性皮膚炎および関節リウマチの治療」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 \_\_\_\_\_

医療法人社団禮聖会 トリニティクリニック福岡 同意撤回確認年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意撤回確認医師 \_\_\_\_\_