

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変形性股関節症の治療」 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 _____

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 _____