

同意撤回書

医療法人社団 葵会
AOI 国際病院長 殿

再生医療等の名称

「呼吸器又は消化器の悪性腫瘍に対する樹状細胞（DC）ワクチン療法」

私は樹状細胞（DC）ワクチン療法を受けるにあたり、医師から説明を受け、十分理解し同意しましたが、私の自由意思による本治療の中止も自由であることから、本治療への同意を撤回したく、ここに同意撤回書を提出します。

西暦 年 月 日

住所： _____

本人： _____

代諾者；続柄（ ）： _____

私は、上記、同意撤回の意思を確認いたしました。

西暦 年 月 日

医師名： _____