

同意撤回書

医療法人社団くどうちあき脳神経外科クリニック
院長 工藤 千秋 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ルツハイマー型認知症の探索的研究」 説明文書 第 1 版）に参加す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。

患者さま 同意撤回年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

ご家族（代諾者さま） 同意撤回年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

ご氏名 _____ （続柄 _____ ）

ご住所 _____

ご連絡先 _____

医療法人社団くどうちあき脳神経外科クリニック 同意撤回確認年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

同意撤回確認医師 _____