同意撤回書

医療法人ネオポリス診療所　新宿皮フ科
院長　榎並　寿男 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慢性疼痛の治療」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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人ネオポリス診療所　新宿皮フ科

同意撤回確認年月日　　年　　月　　日

同意撤回確認医師　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿