

同意撤回書

医療法人ネオポリス診療所銀座クリニック

院長 榎並 寿男 殿

私は、本再生医療（名称：「アトピー性皮膚炎及び強皮症等の難治性皮膚疾患による皮膚の変化に対する自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた局所療法」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銀座クリニック

同意撤回確認年月日 年 月 日

同意撤回確認医師 _____