

同意撤回書

院長殿

私は「がんの治療・がんの予防を目的としたNK細胞治療」に関し、治療の説明を受け同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを担当医師に口頭で伝え、確認のため同意撤回書を提出します。

撤回年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名(署名または記名捺印) _____ ⑩

連絡先 _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生

代諾者(署名または記名捺印) _____ ⑩

連絡先 _____ 患者様との関係 _____