

同 意 撤 回 書

学校法人藤田学園 藤田医科大学 羽田クリニック
院長 殿

治療名：卵巣に対する自己脂肪由来幹細胞を用いた不妊治療

私は、この治療について説明者から文書により説明を受け、治療することに同意
いたしましたが、これを撤回します。

年 月 日

本人氏名（自署）

印

なお、試料と情報の取り扱いについては、以下の通り希望します。

- ☐ 同意撤回までに提供した試料と情報はこれまでと同様に再生医療等安全性確保
法に則し、取り扱うことを認めます。
- ☐ 同意撤回までに提供したすべての試料と情報の破棄を希望します。

本件に関する問い合わせ先

学校法人藤田学園 藤田医科大学 羽田クリニック （代表電話 03-5708-7860）