同意撤回書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

院 長 殿

私は「自家 NK 細胞療法」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。

平成　　年　　月　　日

患者氏名（署名または記名捺印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者（署名または記名捺印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日：　　年　　月　　日生

立会人（署名または記名捺印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿