

同意撤回書

医療法人社団 禮聖会 トリニティクリニック福岡

院長 梁 昌熙 殿

私は、本再生医療（名称「変形性膝関節症に対する自家脂肪由来幹細胞治療」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 _____

医療法人社団 禮聖会 トリニティクリニック福岡

同意撤回確認年月日 _____年 _____月 _____日

同意撤回確認医師 _____