

※（原本）は研究者保管、（写）を患者さんへお渡しする。

同意撤回書

日本大学松戸歯学部長 殿

研究課題名：

自己脂肪組織幹細胞及び多血小板血漿を用いた歯周組織再生医療技術の妥当性及び提供方法の検討

【患者さんの署名欄】

私は上記研究に参加することに同意しておりましたが、この度、自らの意思により前回の同意を撤回することにいたします。

撤回日：西暦 年 月 日 患者ID：_____

患者氏名：_____（自署）

【医師の署名欄】

私は、上記研究参加者が、研究の参加を撤回したことを確認しました。

確認日：西暦 年 月 日 所属：_____

氏名：_____（自署）