

同意撤回書

原整形外科医院

院長 原 貞夫 殿

治療名：多血小板血漿（PRP）による変形性膝関節症治療

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

※患者様の判断能力が無いなど身体的理由により自署出来ない場合は、最も近い親族を代諾者として次に記入してください。

代諾者（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「安全性の確保及び生命倫理への配慮」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

原整形外科医院 （代表電話 045-714-0037）