

# 同意撤回書

日本大学歯学部附属歯科病院  
院長 飯沼 利光 殿

治療名：歯科インプラント治療における自家多血小板血漿（自家 PRP）注入

私は、この治療について説明者から文書による説明を受け、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飼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

日本大学歯学部附属歯科病院 管理課 （代表番号 03-3219-8080）