同意撤回書

私は再生医療等（名称「多血小板血漿（PRP）を用いた筋、腱、靭帯等の損傷に対する治療」）の提供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。

なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

西暦　　年　　月　　日　　時　　分

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人以外の場合は患者さんとの関係（　　）

患者本人が署名できない理由（代理署名の理由）

□@@*DAIDAKU_AGE*@@　□重篤･意識障害　□ペンが持てない　□その他（　　）