

同意撤回書

関西医科大学附属病院 形成外科 楠本 健司 殿

私は、『自己脂肪幹細胞を混和した遊離脂肪移植による乳房温存療法手術後の乳房再建法の探索的研究』の研究に参加することに同意をいたしましたが、この度、自らの意思によりこの同意を撤回することにいたします。

【患者さんの署名欄】

撤回日：平成 年 月 日 患者氏名： _____

（本人署名または記名・押印）

【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：平成 年 月 日 医師名： _____

（署名または記名・押印）