

同意撤回書

院長殿

私は「多血小板血漿療法」に関し、治療の説明を受け同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを担当医師に口頭で伝え、確認のため同意撤回書を提出します。

平成 年 月 日

患者氏名（署名または記名捺印）

㊟

連絡先

代諾者（署名または記名捺印）

㊟

連絡先

患者様との関係

生年月日： 年 月 日生

立会人（署名または記名捺印）

㊟

連絡先

患者様との関係