

同意撤回書

高知大学医学部附属病院 病院長 殿

わたしは、研究名「小児脳性麻痺など脳障害に対する自家臍帯血細胞輸血」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを高知大学医学部附属病院の_____に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

- 研究成果が論文などで公表されていた場合や検体が完全に匿名化され個人が特定できない場合などには、検体を廃棄できないこともあることについては了承しております。
- 同意は撤回致しますが、同意撤回までに提供したデータや検体については個人情報などを特定しない方法で使用していただくことには了解をいたします。

同意撤回年月日 _____ 年 月 日

患者さんご署名（又は記名押印）_____

代諾者記載欄(患者さんとの関係 _____)同意撤回年月日 _____ 年 月 日

代諾者ご署名（又は記名押印）_____

代諾者記載欄(患者さんとの関係 _____)同意撤回年月日 _____ 年 月 日

代諾者ご署名（又は記名押印）_____

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

担当医師受領日 _____ 年 月 日

担当医師署名 _____