

同意撤回書

私は「PRP（多血小板血漿Platelet Rich Plasma）を用いた頭皮および毛根の治癒促進ならびに再生を目的とした再生治療」に関し、治療の説明を受け同意書に署名しましたが、その同意書を撤回することを院長に口頭で伝え、確認のために同意撤回書を提出します。

医療法人・再生会 デイクリニック天神
理事長 殿

同意撤回年月日 年 月 日

患者氏名（署名または記名押印）

連絡先

立会人（署名または記名押印）

連絡先

患者様との関係
