

## 再生医療等を受ける者に対する同意撤回書

再生医療管理者 殿

再生医療担当医師 殿

私は同意の撤回をします。

【患者さまサイン欄】

|             |       |
|-------------|-------|
| 記入日         | 年 月 日 |
| 患者さまサイン（自署） |       |
| 患者さまご住所     |       |
| 患者さま電話番号    | — —   |

【代理人さまサイン欄】 ※患者さま署名がある場合は、代理人さま記載必要なし。

|              |       |
|--------------|-------|
| 記入日          | 年 月 日 |
| 代理人さまサイン（自署） |       |
| 患者様とのご関係     |       |
| 代理人さまご住所     |       |
| 代理人さま電話番号    | — —   |

【医療通訳さまサイン欄】 ※医療通訳が無い場合は、記入の必要はありません。

|             |       |
|-------------|-------|
| 記入日         | 年 月 日 |
| 患者さまサイン（自署） |       |
| 患者さまご住所     |       |
| 患者さま電話番号    | — —   |

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さまの同意の撤回を承知しました。

|             |       |
|-------------|-------|
| 記入日         | 年 月 日 |
| 担当医師サイン（自署） |       |