

(別紙)

同 意 撤 回 書

新 須 磨 病 院

院 長 澤 田 勝 寛 様

私は、____年__月__日付同意書をもって、診療で得られた私の各種情報・試料
(診療情報や検査試料等)を将来、何らかの研究に利用されることに対して同意をしま
したが、今般、その同意を撤回いたします。

_____年 月 日

(本人氏名) : _____ (自署)

(住所) : _____

(代諾者氏名) : _____ (続柄)

(住所) : _____

同意撤回の意思を確認いたしました。

_____年 月 日

受諾医師氏名 : _____ (自署)