

診療録保存用(原本)

患者さん用(写)

同意撤回書

国立病院機構相模原病院長 殿

臨床研究課題名：神経変性疾患の発症・進行機構の解明

私は、上記臨床研究について、参加することに同意いたしましたが、同意を撤回いたします。

本研究の参加について同意を撤回します

- 同意撤回までに本研究で得られた試料・情報について

使用しても構いません 使用しないでください

同意撤回年月日 西暦 年 月 日

本人氏名（自署） _____

<代諾者の方が同意撤回される場合>

同意撤回日：西暦 20 年 月 日 代諾者氏名（自署） _____

研究参加者氏名 _____ ご本人との続柄 _____

同意撤回の意思を確認しました。

確認年月日 西暦 年 月 日

確認医師氏名（自署） _____