

(別紙)

## 同意撤回書

医療法人社団慈恵会 新須磨病院長殿

私は、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、その同意を撤回します。

\_\_\_\_\_年 月 日

I D : \_\_\_\_\_

患者氏名 : \_\_\_\_\_ (自署)

住 所 : \_\_\_\_\_

代諾者氏名 : \_\_\_\_\_ (患者との続柄: \_\_\_\_\_)

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)