

同意撤回通知書

さざなみ病理ネット参画病院 滋賀県立総合病院病院長 殿

私は、将来の医学研究への参加および提供試料・情報の保存・使用について同意しておりましたが、その同意を自らの意思により撤回いたします。

同意撤回日：平成 年(20 年) 月 日

本人氏名(自筆)： _____

代諾の場合：患者氏名 _____

代諾者氏名(自筆)： _____ (続柄) _____

・手術日： 平成 年(20 年) 月 日

・部 位： _____