

※（原本）は研究者保管、（写）を患者さんへお渡しする。

同意撤回書

順天堂大学医学部附属順天堂医院 院長 殿

研究課題名：「順天堂大学における医学研究支援を目的とした残余検体および医療情報の保存」

【患者さんの署名欄】
私は上記研究に参加することに同意しておりましたが、この度、自らの意思により前回の同意を撤回することにいたします。

撤回日：西暦 年 月 日

患者氏名（署名）： 生月日： / （診察券ID: ）