

## 同意撤回書・不同意書

燿光リハビリテーション病院 病院長 殿

私は、「診療に伴い発生する試料等の医学的研究への利用についての同意（包括的同意）」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを燿光リハビリテーション病院の担当医師\_\_\_\_\_に伝え、ここに同意撤回書・不同意書を提出します。

平成 年 月 日

（自署）

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

住所・連絡先 \_\_\_\_\_

（代諾者）

家族等氏名 \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

住所・連絡先 \_\_\_\_\_

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

担当医師名 \_\_\_\_\_

所 属 \_\_\_\_\_ 燿光リハビリテーション病院

（注）家族等とは、父母、配偶者、成人の子又は兄弟姉妹等、後見人をいう。