同意撤回書

杏林大学医学部付属病院

病院長　殿

　このたび私は、下記研究の実施に際し説明を受け研究参加に同意しましたが、その同意を撤回します。なお、私に関する試料、データ（情報）は速やかに破棄してください。

課題名：〇〇〇〇

研究責任者：杏林大学医学部　所属　氏名

例）この撤回につきまして、

□ 同意撤回書を提出するまでの試料・情報は使用してもかまいません。

□ すべての試料・情報の使用について同意を撤回します。

※ ただし、試料・情報の利用については、同意撤回時点で結果が公表されている場合、ご要望に沿えない可能性がございますことを、ご了承ください。

記載日：西暦　20　　年　　　月　　　日

氏　名：　　　　　 　　　　　　　　　　印

代諾者：　　　　　　　　　続柄（　　　）印

（署名または記名捺印）

例）同意を撤回される場合は、この同意撤回用紙もしくは内容を記載した紙を説明医師 にお渡しいただくか、下記宛先までご郵送ください。

------------------------------------------------(医師記入欄) ---------------------------------------

西暦20 年　　月　　日

確認者：杏林大学医学部　所属・診療科名

氏　名：　　　　 　　　　　　　印

連絡先：〒181-8611　東京都三鷹市新川6-20-2

電話：0422-47-5511　内線（〇〇〇〇〇）

ファクス：　　　　　　　　　Eメール：