**同　意　撤　回　書**

獨協医科大学日光医療センター

病院長または看護部長　殿

私は「　（課　題　名　を　記　入）　」への参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回いたします。

これまでに実施した検査など、既に登録されている匿名化されたデータがある場合、このデータの使用可否

□　使用を認めます

□　使用を認めません

　　年　　月　　日

本 人　署名（または記名・押印）

　　本 人　住所

　　□　同意撤回書の控えを受け取りました

代諾者　署名（または記名・押印）

代諾者　住所

本人との続柄

「　（課　題　名　を　記　入）　」への参加の同意撤回を確認いたしました。

確　認　日　　　　　年　　月　　日

担当医師名