

同意撤回書

独立行政法人国立病院機構
広島西医療センター 院長 殿

この度、私は研究課題「
(研究代表者:)に関する研究に参加することに同意しましたことを撤回いた
します。」

署名欄 (自署)	申出日	令和 年 月 日
	本人氏名	
	住所	〒
	電話番号	
	代諾者氏名	本人との関係()

同意撤回の意思を確認いたしました。

研究責任者 (自署)	確認日	令和 年 月 日
	所属	独立行政法人国立病院機構広島西医療センター
	医師署名	

※研究責任者は本意思の確認書のコピー1部を必ず受け取り保管してください。