

＜同意撤回書＞

森山眼科クリニック院長 殿

私は、以下について同意を撤回したく、ここに同意撤回書を提出いたします。

◆ 同意撤回の内容(□の中にご自身で✓を付けてください。)

☐ 貴院で実施される臨床研究全てへの参加同意を撤回します。

同意撤回日 令和 年 月 日

本人住所

本人氏名 ⑩(署名・捺印)

本人生年月日 年 月 日

代諾者氏名 ⑩(署名・捺印)(続柄)

【備考】

本同意撤回書を当院に提出した以降、上記本人氏名欄に記載の患者さんについて、新たに試料や記録が研究のために用いられることはありません。ただし、既に研究結果が論文などで公表されていた場合には研究結果や試料等を破棄できないことがあります。

受領者	同席者	責任者