

同意撤回書

国立病院機構佐賀病院 院長 殿

臨床研究課題名:

私は、上記臨床研究について参加することに同意いたしましたが、同意を撤回いたします。

注)研究の内容により、項目は適宜修正

本研究の参加について同意を撤回します

・同意撤回までに本研究で得られた情報について

使用しても構いません 使用しないでください

・同意撤回までに本研究で得られた情報を別の研究に使用することについて

同意を撤回します 同意を撤回しません

・同意撤回までに本研究で得られた試料(血液、組織など)を別の研究に使用することについて

同意を撤回します 同意を撤回しません

本研究の参加については、同意を撤回しませんが、

本研究で得られた情報を別の研究に使用することについて同意を撤回します

本研究で得られた試料(血液、組織など)を別の研究に使用することについて同意を撤回します

同意撤回年月日 西暦 年 月 日

本人氏名(自署)_____

〈代諾者の方が同意撤回される場合〉 注)代諾者の同意撤回が不要な場合は削除

同意撤回年月日 西暦 年 月 日 代諾者氏名(自署)_____

研究参加者氏名_____ ご本人との続柄_____

同意撤回の意思を確認しました。

確認年月日 西暦 年 月 日

確認医師氏名(自署)_____