

同意撤回書

名張市立病院長 殿

(本人) 郵便番号 _____
住所 _____
氏名 _____ (印)
(署名または記名捺印)

記入年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※必要時記載

(代諾者) 郵便番号 _____
住所 _____
氏名 _____ (印)
(署名または記名捺印)

記入年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、「アキレス腱断裂治療後の腱伸長に関する多機関共同研究」について、同意を撤回します。

なお、同意撤回書の写しを受け取りました。