

同意撤回書

熊本市立熊本市民病院長 殿

私は、診療で得られた私の各種情報・試料（診療情報や検査試料等）を将来、何らかの研究に利用されることに対して同意をしましたが、その同意を撤回します。

令和 年 月 日

住所 _____

本人氏名 _____ (署名)

代諾者氏名 _____ (続柄)

同意撤回の意思を確認いたしました。

令和 年 月 日

医師氏名 _____ (署名)