

同意撤回書

私は、診療情報・試料等を研究・教育に利用することに関する説明文書の以下の記載事項について説明を受け、理解しました。

- あなたに研究参加をお願いする理由
- 診療情報などの閲覧について
- 試料等の保存及び使用方法
- プライバシーの保護について
- 研究に関わる費用や謝礼について
- 同意しない場合でも不利益は受けないこと
- 同意後の撤回について
- 問い合わせ窓口

私は、私の診療情報、試料等の利用についての同意を撤回します。

令和 年 月 日

説明者氏名

令和 年 月 日

氏名（患者本人及び代諾者）（自署）

患者名

代諾者

（代諾者の場合は、本人との関係）
