

同 意 撤 回 書

新潟医療センター 病院長 吉澤弘久 殿

私は、この度、「消化器・腹部・乳腺内分泌疾患における既存臨床情報や生体試料を用いた観察研究と公的データベース登録事業」の研究への参加を了承・同意しましたが、この同意を撤回します。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

(※押印は自筆署名により省略できます。)

家族氏名（続柄） _____ 印

(※押印は自筆署名により省略できます。)

(※家族氏名欄は、代諾が必要な場合（主に未成年者）のみ署名願います。)

上記患者様に対する「消化器・腹部・乳腺内分泌疾患における既存臨床情報や生体試料を用いた観察研究と公的データベース登録事業」の研究における、同意撤回を確認いたしました。

年 月 日

医師氏名 _____ 印