

同意撤回書

広島大学病院長 殿

治験課題名： _____

私はこの治験への参加にあたり、説明文書の記載事項について説明を受け同意しましたが、同意の是非について再度検討した結果、同意を撤回いたします。試料および撤回以降の試料から得られたデータを廃棄してください。

なお、同意撤回書（患者保管用）を受領しました。

本人

撤回日 西暦 年 月 日 氏名（自署） _____

代諾者（本人との続柄： _____）

撤回日 西暦 年 月 日 氏名（自署） _____ 【本人氏名： _____】

私は、この同意の撤回について確認しました。

治験担当医師

撤回確認日 西暦 年 月 日 署名 _____

治験コーディネーター

撤回確認日 西暦 年 月 日 署名 _____