

同意撤回書

伊那中央病院 病院長殿

臨床研究課題名：「脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の予後予想スコアの多施設共同研究」

【研究参加者の署名欄】

私(又は代諾者)は、上記研究について担当医師より説明を受け、この試験に参加することについて同意しておりましたが、その同意を自らの意思により撤回します。

既に収集された情報については、今後の利用を認めます。

収集された情報の今後、新たな利用は認めません。

(どちらかにチェックを入れて下さい)

同意撤回日： 年 月 日

研究参加者氏名： (自署)

代諾者氏名： (自署)

(本人との関係：)

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さんが、同意を撤回されたことを確認しました。

撤回確認日： 年 月 日

担当医氏名： (自署)

同席者氏名： (自署)

電話にて 年 月 日 に上記確認した。