同意撤回書

香川大学医学部附属病院長　殿

　私は、「表紙に記載した治験課題名（プレ印刷）」の治験について，説明文書による十分な説明を受け自分の意思によって治験に参加することに同意しましたが，このたび同意を撤回いたします。

ご本人直筆 氏名

現住所　〒　　－

生年月日　明・大・昭・平　 　 年 　　 月 　　日生まれ

撤 回 日：西暦　　　　　　 　　年　　　月　　 日

立会人欄は必要な時のみに作成下さい。

不要時は削除下さい。

〔立会人記載欄（立会人がいる場合）〕

　　　　　　　　私は説明医師／治験協力者から患者様への説明に立ち会いました

　　　　　　立会人氏名　　　　　　　　　　　　　　（患者様との関係　　　　　　　　）

立会日　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日/

（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

立会人欄は必要な時のみに作成下さい。

不要時は削除下さい。

　　同意撤回の意思を確認いたしました。

立会人欄は必要な時のみに作成下さい。

不要時は削除下さい。

治験責任医師名又は分担医師名

所属診療科名　　　　診療科名プレ印刷

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認日：西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日