同意撤回書

関西医科大学●●病院（対象病院名を記載）　病院長　殿

私は、「関西医科大学（KMU）バイオバンク（医学研究のための生体サンプルと医療情報の保管とその利用についての包括的同意）」に参加することに同意をいたしましたが、この度、自らの意思によりこの同意を撤回することにいたします。

どちらかに☑を入れてください。

□すでに収集されたデータ、サンプルの研究への利用を承諾いたします。

□すでに収集されたデータ、サンプルを研究への利用も含めて廃棄をお願いします。

【患者さん等の署名欄】

撤回日：（西暦）　　年　　月　　日　　患者氏名：

　　（本人署名または記名・押印）

生年月日：　　 　 年　 　 月　　 　日

【代諾者の署名欄】

撤回日：（西暦） 年 　月 　 日　代諾者氏名： 　 　 　　　（続柄　 ）

　　　　（本人署名または記名・押印）

【医師の署名欄】

私は、上記研究参加者が、研究の参加を撤回したことを確認しました。

確認日：（西暦） 年 月 日　　医師名：

　（本人署名または記名・押印）