

同意撤回書

長崎川棚医療センター 院長
藤岡 ひかる 殿

記

この度、私は「重症筋無力症関連自己抗体測定に関する研究」に参加することに同意したことを撤回いたします。

以上

(署名欄)

_____年 _____月 _____日

住所： _____

氏名： _____ (本人の署名)

氏名： _____ (代理人の署名)

(本人との関係： _____)

- ・ 本人が未成年者で判断能力がある場合は、本人および、法定代理人または近親者が署名
- ・ 本人が未成年者で判断能力がない場合は、法定代理人または近親者が署名
- ・ 成年者でも十分な判断能力がない場合、または意識障害がある場合は、法定代理人または近親者などが署名