同意撤回書

研究責任者：順天堂大学医学部附属〇〇　○○科　○○　○○　　　殿

研究課題名：

**【研究対象者の署名欄】**※代諾者が不要な研究の場合には、代諾者記載欄を適宜削除してください。

私は上記研究に参加することに同意しておりましたが、この度、自らの意思により前回の同意を撤回することにいたします。

※2（記載例：不要の場合は削除してください）

なお、本研究で得られた試料・情報の利用を　□ 認めます。

* 認めません。

（※代諾の場合は、代諾者が患者氏名を記載すること。）

（※代諾の場合は、代諾者が患者氏名を記載すること。）

（※代諾の場合は、代諾者が患者氏名を記載すること。）

（※代諾の場合は、代諾者が患者氏名を記載すること。）

（※代諾の場合は、代諾者が患者氏名を記載すること。）

但し、試料・情報の利用については、同意撤回時点で結果が公表されている場合、ご要望に沿えない可能性がございますこと、ご了承ください。

撤回日：西暦　 　　年　 　月　 　日 午前・午後　　 　時　　　分

生月日

生月日

生月日

生月日

生月日

生月日

生月日

生 月 日

研究対象者氏名（署名）※： 　 　　　 （　　　　 /　　　 　）

（※代諾の場合は、代諾者が研究対象者氏名を記載してください。）

代諾者氏名（署名）： 　　　 　 続柄： 連絡先：

**【研究責任者/研究分担者の署名欄】**※署名は登録済みの研究責任医師/研究分担医師の何れかになります。

私は、上記患者さんが、臨床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 午前・午後　 　時　　　分

生月日

生月日

生月日

生月日

生月日

生月日

生月日

所　属：

※何れかに必ずチェックしてください。

**□**研究責任者/**□**研究分担者　　 氏名（署名）：