|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療録保管用**同意撤回書**国立病院機構　　呉医療センター 院長　殿私は『　　　　　　　』に参加しておりましたが、このたび、参加の同意を撤回いたします。なお、治験を計画した製薬会社が、本治験に同意してから撤回するまでのデータを使用することには合意いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご本人 |  | 同意撤回日： 　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代諾者（該当する場合） |  | 同意撤回日： 　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続柄：（　　　　　　） |
| 代筆者（該当する場合） |  | 代筆日： 　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続柄：診療録保管用（　　　　　　） |
| 立会人（該当する場合） |  | 立会日： 　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

本治験への参加を取りやめられた事を確認いたしました。【担当医師】　同意撤回確認日　西暦　　　年　　月　　日　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局保管用**同意撤回書**国立病院機構　　呉医療センター 院長　殿私は『　　　　　　　』に参加しておりましたが、このたび、参加の同意を撤回いたします。なお、治験を計画した製薬会社が、本治験に同意してから撤回するまでのデータを使用することには合意いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご本人 |  | 同意撤回日： 　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代諾者（該当する場合） |  | 同意撤回日： 　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続柄：（　　　　　　） |
| 代筆者（該当する場合） |  | 代筆日： 　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続柄：診療録保管用（　　　　　　） |
| 立会人（該当する場合） |  | 立会日： 　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

本治験への参加を取りやめられた事を確認いたしました。【担当医師】　同意撤回確認日　西暦　　　年　　月　　日　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者さん保管用**同意撤回書**国立病院機構　　呉医療センター 院長　殿私は『　　　　　　　』に参加しておりましたが、このたび、参加の同意を撤回いたします。なお、治験を計画した製薬会社が、本治験に同意してから撤回するまでのデータを使用することには合意いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご本人 |  | 同意撤回日： 　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代諾者（該当する場合） |  | 同意撤回日： 　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続柄：（　　　　　　） |
| 代筆者（該当する場合） |  | 代筆日： 　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続柄：診療録保管用（　　　　　　） |
| 立会人（該当する場合） |  | 立会日： 　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

本治験への参加を取りやめられた事を確認いたしました。【担当医師】　同意撤回確認日　西暦　　　年　　月　　日　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |