様式１－３

同 意 撤 回 書

独立行政法人

国立病院機構福島病院長 殿

記

この度、私は「研究課題　　　　　　　　　　（患者さんに分かりやすいもの）」(研究責任者

　　　　　　　　　　　)に関する研究に参加することに同意しましたことを撤回いたします。

以上

（署名欄）

　　　　　年　　　月　　　日

　　住　所　〒

本人署名　：

生年月日　： 明治•大正•昭和・平成・西暦　　　年　　　月　　　日

代諾者署名： 　　　　　　　　　　　　　(続柄：　　　)

同意撒回の意思を確認いたしました。

　　　　年　　　月　　　日

施設研究責任者：独立行政法人国立病院機構福島病院

署名

（＊研究者は本意思の確認書のコピー１部を必ず受け取り保管してください。)