

同意撤回書

長崎川棚医療センター 院長
宮下 光世 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)

平成_____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