

## 同意撤回書

《メディックNET》についての説明を説明医師から受け、参加することに同意しましたが、その同意を撤回いたします。

同意撤回日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本人氏名（自署） \_\_\_\_\_

同意撤回の意思を確認いたしました。

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療機関名 ○○○病院

責任者氏名 院長 ○○ ○○

責任者代理

確認者（自署）

※同意撤回書のコピーは患者本人に渡し、原本を（（医療機関名）または《メディックNET》）にて保管する。