

## 同意撤回書

国立病院機構相模原病院長 殿

臨床研究課題名：本邦における心血管インターベンションの実態調査（J-PCI）

私は、上記臨床研究について、参加することに同意いたしましたが、同意を撤回いたします。

- 本研究の参加について同意を撤回します
- 同意撤回までに本研究で得られた情報について  
 使用しても構いません     使用しないでください

同意撤回年月日            西暦            年            月            日

本人氏名（自署） \_\_\_\_\_

<代諾者の方が同意撤回される場合>

同意撤回日：西暦 20    年    月    日 代諾者氏名（自署） \_\_\_\_\_

研究参加者氏名 \_\_\_\_\_ ご本人との続柄 \_\_\_\_\_

同意撤回の意思を確認しました。

確認年月日            西暦            年            月            日

確認医師氏名（自署） \_\_\_\_\_