

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：実臨床におけるオマリズマブ長期使用の有効性と安全性の評価

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
- 同意撤回までに本研究で得られた情報を別の研究に使用することについて
 同意を撤回します 同意を撤回しません

本研究の参加については、同意を撤回しませんが、

本研究で得られた情報を別の研究に使用することについて同意を撤回します

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） _____