事例報告・インタビュー研究用

同意撤回書

公益財団法人　天理よろづ相談所病院（研究者所属）

○○○○（研究者名）殿

研究テーマ：○○○○○○

上記研究について、担当者から説明を受け同意しましたが、同意の是非について再度検討した結果、同意を撤回します。

○○○○年　○○月○○日

氏名：

＊同意を撤回される場合は、この同意撤回書にご記入のうえ、

○○○○年○○月○○日までに下記宛に郵送して下さい

＜郵送先＞

　〒632-8552

奈良県天理市三島町200番地

　公益財団法人　天理よろづ相談所病院　○○病棟（部署名）

　○○○○（研究者名）