

## 同意撤回書

医療施設：

研究責任者：

殿

私は、研究課題「わが国の小児がんサバイバーの健康・社会生活状況の実態解明に関する大規模調査研究」について、その同意を撤回します。

同意撤回日： 令和 年 月 日

氏名（本人） \_\_\_\_\_

氏名（代諾者） \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

（この同意書が個人を特定できる資料と同時に保管される場合には住所の記入は不要です。）

代諾者の場合本人との関係 \_\_\_\_\_

私は、上記の患者さん または/ならびに 代諾者の方が研究課題「わが国の小児がんサバイバーの健康・社会生活状況の実態解明に関する大規模調査研究」の同意を撤回されたことを確認致しました。

確認日： 令和 年 月 日

担当医師名（自署）： \_\_\_\_\_