**(様式 4)**

**同　意　撤　回　書**

研究責任者

　　　　　　　　　　　　殿

私は、下記の研究に参加するにあたり、担当者から説明を受け、十分理解し同意しましたが、この研究参加への同意を撤回したく、ここに同意撤回書を提出します。

収集された情報を使用しないこと及び情報の消去を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |

患者様本人署名：

署名年月日　　：　西暦　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　【問い合わせ先】

　　　　　　　　　　　　　研究担当者名　：

　　　　　　　　　　　　　薬　局　名　　　 ：

　　　　　　　　　　　　　住　 　　所　 　　：

　　　　　　　　　　　　　電　　　 話　　 　：

以上