

## <同意撤回書>

医療法人小江戸  
小江戸眼科内科クリニック院長 殿

私は、以下について同意を撤回したく、ここに同意撤回書を提出いたします。

◆ 同意撤回の内容（口の中にご自身で✓を付けてください。）

- 実習学生により、診療補助されることへの同意を撤回します。
- 当院で実施される臨床研究全てへの参加同意を撤回します。
- 「課題名」への参加同意を撤回します。
- 提供した生体試料等が、当院で実施される臨床研究全てに使用されることへの同意を撤回します。
- 提供した生体資料等が、「課題名」に使用されることへの同意を撤回します。
- 提供する生体試料等が、当院で実施される臨床研究全てに使用されることには同意しますが、本研究終了後も保存され、将来新たに計画・実施される遺伝子解析を含む医学研究等に使用されること、公的バンクに寄託することに対する同意は撤回します。
- 限度額認定の確認（オンライン資格確認）への同意を撤回します。

同意撤回日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名： \_\_\_\_\_

代諾者署名（続柄）： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

| 受領者 | 同席者 | 責任者 |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |