同 意 撤 回 書

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪母子医療センター総長　様

住 所

氏 名 署名又は記名押印

代理人氏名 署名又は記名押印（本人との関係　 　）

私は、診療等における私の各種試料・情報等（検査試料や診療情報等）を将来、何らかの研究に利用されることに対して、担当者から説明をうけ、同意をしましたが、その同意を取りやめます。

* 同意の撤回は原則として同意書に署名した人が行います。
* 送付先

〒594-1101　大阪府和泉市室堂町840

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪母子医療センター臨床研究支援室