

# 同意撤回書

公益社団法人鹿児島共済会南風病院

院長殿

治験責任医師及び担当医師殿

下記治験の同意を撤回します。

治験課題名： \_\_\_\_\_

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者さま署名 \_\_\_\_\_

(代理人 署名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ))

※ご不明な点がございましたら、担当医師、治験コーディネーター、治験相談窓口、  
その他職員へお気軽にお尋ね下さい。

## 【連絡先】

公益社団法人鹿児島共済会南風病院

〒892-8512

鹿児島市長田町 14-3

代表 TEL: 099-226-9111

相談窓口直通 TEL/FAX: 099-805-2663

~~~~~  
病院使用欄

受取り確認者（署名）

所属： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

所属： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

所属： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

# 同意撤回書

公益社団法人鹿児島共済会南風病院

院長殿

治験責任医師及び担当医師殿

下記治験の同意を撤回します。

治験課題名：\_\_\_\_\_

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者さま署名 \_\_\_\_\_

(代理人 署名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ))

※ご不明な点がございましたら、担当医師、治験コーディネーター、治験相談窓口、  
その他職員へお気軽にお尋ね下さい。

## 【連絡先】

公益社団法人鹿児島共済会南風病院

〒892-8512

鹿児島市長田町 14-3

代表 TEL:099-226-9111

相談窓口直通 TEL/FAX:099-805-2663

~~~~~  
病院使用欄

受取り確認者（署名）

所属：\_\_\_\_\_ 署名：\_\_\_\_\_

所属：\_\_\_\_\_ 署名：\_\_\_\_\_

所属：\_\_\_\_\_ 署名：\_\_\_\_\_