

治験への参加同意撤回書

私は、「**治験課題名**」に参加するにあたり、治験担当医師（または治験コーディネーター）より説明文書に基づき治験の内容について十分説明を受け、
20 年 月 日に本治験に参加することに同意しましたが、これを撤回します。

【 患者さま 】

（ 同意撤回日 ） 20 年 月 日

署名：

【 代諾者 】

（ 同意撤回日 ） 20 年 月 日

署名：

患者さまとの続柄：

【 治験担当医師 】

（ 同意撤回確認日 ） 20 年 月 日

署名：

治験への参加同意撤回書

私は、「**治験課題名**」に参加するにあたり、治験担当医師（または治験コーディネーター）より説明文書に基づき治験の内容について十分説明を受け、
20 年 月 日に本治験に参加することに同意しましたが、これを撤回します。

【 患者さま 】

（ 同意撤回日 ） 20 年 月 日

署名：

【 代諾者 】

（ 同意撤回日 ） 20 年 月 日

署名：

患者さまとの続柄：

【 治験担当医師 】

（ 同意撤回確認日 ） 20 年 月 日

署名：

治験への参加同意撤回書

私は、「**治験課題名**」に参加するにあたり、治験担当医師（または治験コーディネーター）より説明文書に基づき治験の内容について十分説明を受け、
20 年 月 日に本治験に参加することに同意しましたが、これを撤回します。

【 患者さま 】

（ 同意撤回日 ） 20 年 月 日

署名：

【 代諾者 】

（ 同意撤回日 ） 20 年 月 日

署名：

患者さまとの続柄：

【 治験担当医師 】

（ 同意撤回確認日 ） 20 年 月 日

署名：
