同意書・同意撤回書はコピーをして、患者さんに一部渡してください。
　　は担当医師あるいは臨床研究コーディネーターが記載してください。
　　は研究対象者・代諾者・立会人が記載してください。

様式 11

※作成の注意点

同　意　撤　回　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　申請時に記載してください

　私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）　　が参加するにあたり、担当医から説明を受け、十分理解し同意しましたが、私の自由意思による参加の中止も自由であることから、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。

本研究の参加について
□同意撤回します
□同意撤回しません
撤回時に、患者さんにどちらかをチェックしてもらってください！

該当しない場合は、申請時に削除してください。

本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
□同意撤回します
□同意撤回しません
撤回時に、患者さんにどちらかをチェックしてもらってください！

本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
□同意撤回します
□同意撤回しません
撤回時に、患者さんにどちらかをチェックしてもらってください！

同意撤回日　：　西暦　　年　　月　　日

本 人 署 名　：

代諾者署名（続柄）：　　（　　）

立会人署名（続柄）：　　（　　）

私は担当医として、今回の研究について、同意が撤回されたことを認めます。

同意撤回確認日：　西暦　　年　　月　　日

担当医署名　：

同席者署名　：