様式４－２

研究機関の長

　院長　　東京一郎　殿

研究責任者

　○○歯科医院　　院長　　東京一郎　殿

同 意 撤 回 書

私は研究課題名「インプラント周囲骨量の経時的変化の検討」に研究対象者として参加することについて

□ すべて撤回します。

　□ 一部を撤回します。

　　　□ 研究終了後の試料・情報の保管・利用について撤回します。

　　　□　　　　　　　　　　　　　　　　　について撤回します。

　つきましては、迅速に対応し、対応状況を

　□ 文書にて

　　 送付先

□ 電話にて

　 電話番号

　□ 電子メールにて

　　 アドレス

　お知らせください。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

同意撤回者氏名（署名／記名・印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＊同意撤回書は、ファックス・電子メールでも受け付けます。

ファックス番号：○○○—○○○○—○○○○（大阪次郎）

メールアドレス：○○○○＠○○○○○○○（大阪次郎）