

Case B 記載例

様式 4-2

研究機関の長

院長 東京一郎 殿

研究責任者

日本歯科医院・院長・東京一郎 殿

同 意 撤 回 書

私は研究課題名「欠損補綴治療を行う患者の QOL についての調査」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：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（大阪次郎）

メールアドレス：〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇（大阪次郎）