

様式 4-2

研究機関の長

院長 東京一郎 殿

研究責任者

〇〇歯科医院・院長・東京一郎 殿

同意撤回書

私は研究課題名「上顎前歯部に GBR と同時にナローインプラントを埋入した 1 症例」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）