

## 同意撤回書

茅ヶ崎市立病院 病院長

このたび私は、下記研究内容へ同意したことを撤回します。

研究名：大腸ESD施行時における抗血栓薬の取り扱いについての検討

研究責任者：栗山仁

この撤回につきまして、

全ての試料・情報の使用について同意を撤回します。

平成 年 月 日

協力者署名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

---

\* 同意を撤回される場合は、この同意撤回用紙もしくは同様の内容を記載した紙を、  
説明医師 \_\_\_\_\_ にお渡しいただくか、下記宛先までご郵送下さい

〒253-0042 神奈川県茅ヶ崎市本村 5-15-1 茅ヶ崎市立病院 消化器内科 栗山仁