

同意撤回書

大阪大学医学部附属病院長 殿

大阪産婦人科医会会長 殿

_____ 殿（各医療機関の長）

研究題目

日本における HPV ワクチンの細胞診異常予防効果に関する疫学研究

上記研究題目における研究に（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。

本人署名 : _____ ㊟ (必須)

署名年月日（生年月日ではありません）: 西暦 年 月 日 (必須)

代諾者（保護者等）署名（続柄）: _____ () ㊟ (必須)

立会人（家族等）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。

担当医署名 : _____ ㊟ (必須)

署名年月日 : 西暦 年 月 日 (必須)

同席者（看護師等）署名 : _____