

同 意 撤 回 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究責任医師 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、ホームページを確認し、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 : _____ (印) (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) : _____ () (印) (必須)

立会人 (家族等) 署名 (続柄) : _____ () (印)

私は研究責任医師として、今回の研究について、同意が撤回されたことを認めます。

研究責任医師署名 : _____ (印) (必須)

署名年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必須)