

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： _____