

同意書・同意撤回書はコピーをして、患者さんに一部渡してください。
は担当医師あるいは臨床研究コーディネーターが記載してください。
は研究対象者・代諾者・立会人が記載してください。

様式 11

※作成の注意点 同意撤回書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究課題名 : 申請時に記載してください

私は、上記研究課題名における研究に（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。

本研究の参加について

☐ 同意撤回します

☐ 同意撤回しません

撤回時に、患者さんにどちらかを
チェックしてもらってください！

該当しない場合は、
申請時に削除してください。

本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

☐ 同意撤回します

☐ 同意撤回しません

撤回時に、患者さんにどちらかを
チェックしてもらってください！

本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

☐ 同意撤回します

☐ 同意撤回しません

撤回時に、患者さんにどちらかを
チェックしてもらってください！

同意撤回日 : 西暦 年 月 日

本人署名 :

代諾者署名（続柄） : ()

立会人署名（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。

同意撤回確認日 : 西暦 年 月 日

担当医署名 :

同席者署名 :