

滋賀医科大学学長殿

産婦人科診療科長殿

私は、「術前に再発低リスク群と診断された子宮体癌症例の検討」について、参加を取りやめます。

同意撤回年月日 平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印

住所 _____

「術前に再発低リスク群と診断された子宮体癌症例の検討」についての同意撤回書を受け取り、今後これに関する資料、データ等は本研究に使用しないことを確認した。

確認年月日 平成 年 月 日

確認医師 産婦人科 _____ 印

お手数ですが下記までご連絡ください。医師が確認後返信致します。

* 郵送先：〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町
滋賀医科大学産科学婦人科学講座 宛

* FAX : 077-548-2406