

滋賀医科大学学長殿

産婦人科診療科長殿

私は、「日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会 婦人科悪性腫瘍登録事業及び登録情報に基づく研究」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

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

「日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会 婦人科悪性腫瘍登録事業及び登録情報に基づく研究」について、同意撤回文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用いないことを確認致しました。

確認年月日 _____

確認者氏名 _____

下記までご連絡ください。担当者が確認の上ご返信いたします。

* 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