

同意撤回書

ふじの町クリニック・健診センター 院長 殿

研究課題名： 一般社団法人日本脳神経外科学会データベース研究事業（Japan Neurosurgical Database：JND）

私は上記研究への参加に同意しておりましたが、その同意を撤回いたします。

撤回日：西暦 年 月 日

患者署名： _____ (自署)

代諾者署名： _____ (自署)

_____ (本人との関係： _____)

※データ識別番号記載欄： _____