

## 同意撤回文書

独立行政法人 国立病院機構 ○○○病院

病院長 殿

遺伝子解析（「ドネペジル塩酸塩の有用性に関する多施設共同プラセボ対照二重盲検比較試験（略称：EDAP）」におけるアポリポタンパク遺伝子型解析）に対する協力の同意について、以下のように同意を撤回します。

私が提供した検体を、遺伝子解析に使用することに対する同意を撤回します。

平成 年 月 日

本人氏名（自筆）

住所

電話番号

2部コピーし、患者さま用、施設長保管用としてください。  
原本は診療録保管です。

作成年月日：2011年5月18日  
版番号：第1.3版

