研究責任（代表）者　殿

研究課題名「　○○○○○○○○○○　」

【　研究参加者の署名欄　】

私は、上記臨床研究について、研究担当者より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしましたが、これを撤回します。

　同意撤回日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

　研究参加者氏名（自署）

【　代諾者の署名欄　】＊代諾者なしの場合は削除

私は、上記臨床研究について、研究担当者より説明を受け、　　　　　　　　　　　　さんが

この研究に参加することについて、代諾者として同意をいたしましたが、これを撤回します。

　同意撤回日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

　代諾者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　）

【　研究担当者の署名欄　】

私は、上記の研究参加者（又は代諾者）が、同意を撤回されたことを確認しました。

　同意撤回確認日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

　確認者氏名（自署）

なお、試料等の取り扱いについては、以下の通り希望します。

□　同意撤回までに提供したすべての試料等の破棄を希望します。

□　同意撤回までに提供した試料等を研究に使用することを認めます。

※問合せ内容は、適宜変更してください。

※問合せ番号は、医局等の連絡がつきやすい番号を記載してください。

研究に関する問合先：

琉球大学病院○○科または大学院医学研究科○○講座

098-895-○○○○

研究責任者：○○○○○