同意撤回書

医療法人社団　三朋会　嶺　整形外科クリニック
院長嶺　裕之　殿

担当医師：

私は再生医療等「多血小板血漿（PRP）を用いた整形外科疾患に対する治療」の提供を受けることについて同意いたしましたが、この同意を撤回いたします。 なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

撤回年月日　　年　　月　　日

患者様ご署名

同意随伴者様ご署名　　（患者様との関係　　）