**同意撤回書**

独立行政法人　労働者健康安全機構

関西労災病院　病院長　殿

治験課題名：

私は上記治験への参加に同意いたしましたが、このたび、本同意を撤回いたします。

なお、治験を計画した製薬会社が、本治験に同意してから撤回するまでのデーターを使用することには合意いたします。

同意撤回日：　　20　　　　年　　　月　　　日

本人署名　：　　　　　　　　　　　　　　　.

--------------------------------------------------------------------------

本治験への参加を取りやめられた事を確認いたしました。

確認日　　：　　20　　　　年　　　月　　　日

治験責任医師または分担医師の署名　：　　　　　　　　　　　　　　　.