**同意撤回書**

三重大学大学院医学系研究科長　殿

三重大学医学部附属病院長　殿

（本人）　郵便番号

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　(㊞)

　　　　　　　　　　　　　(署名または記名捺印)

記入年月日　　西暦　　　　年　　月　　日

※必要時記載

（代諾者）　郵便番号

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　(㊞)

　　　　　　　　　　　　　(署名または記名捺印)

記入年月日　　西暦　　　　年　　月　　日

私は、「●●（研究課題名）」について、同意を撤回します。

なお、同意撤回書の写しを受け取りました。