

## 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、「三重県におけるリウマチ膠原病および関連疾患の患者報告に基づく予後に関する前向き観察研究 -MIRAIO study-」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。