

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、「リウマチ膠原病疾患の肺病変における自己抗体の役割に関する研究」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。