

※「同意撤回書」は本書式に準じて、研究実態に即して作成すること。

【「同意撤回書」参考書式】

患者さん用

同 意 撤 回 書

年 月 日

秋田大学大学院医学系研究科長 殿

患者氏名（署名）

代諾者氏名（署名）

（署名）

住所

患者との関係（続柄）

私は、本研究（研究課題名：慢性骨髄性白血病患者のチロシンキナーゼ阻害薬中止後における無治療寛解の維持機構解明を目指した変異BCR-ABLと宿主免疫応答の解析）の参加に同意しましたが、同意を撤回します。

なお、当該研究の参加中に得られたデータの利用については

同意を継続します。

同意を撤回します。

担当医師： _____ (印)

確認日： 年 月 日

※「同意撤回書」は本書式に準じて、研究実態に即して作成すること。

【「同意撤回書」参考書式】

カルテ貼付用

同 意 撤 回 書

年 月 日

秋田大学大学院医学系研究科長 殿

患者氏名（署名）

代諾者氏名（署名）

（署名）

住所

患者との関係（続柄）

私は、本研究（研究課題名：慢性骨髄性白血病患者のチロシンキナーゼ阻害薬中止後における無治療寛解の維持機構解明を目指した変異BCR-ABLと宿主免疫応答の解析）の参加に同意しましたが、同意を撤回します。

なお、当該研究の参加中に得られたデータの利用については

同意を継続します。

同意を撤回します。

担当医師： _____（印）

確認日： 年 月 日