（参考様式第8）　　　　※朱書きは提出時に削除してください。

2021.06.30改訂

**同　意　撤　回　書**

高知大学医学部長　殿

わたしは，研究名「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」への参加に同意し同意書に署名しましたが，その同意を撤回することを高知大学　　　　　　　　　　　＜研究担当者の所属を記載＞の研究者　　　　　　　に伝え，ここに同意撤回書を提出します。

西暦　　　　年　　月　　日

　　　（研究対象者署名または記名・押印）

　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　住所・連絡先

※代諾者を置かない場合は，代諾者署名欄（以下の5行）は削除すること。

　　　（代諾者署名または記名・押印）

　　　　　　代諾者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　研究対象者との続柄

　　　　　　住所・連絡先

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

　西暦　　　　年　　月　　日

　　　　所属・職名

　　　　研究担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印