

この「同意撤回書」は、臨床研究「“EmbryoScope+” タイムラプス・インキュベータによる胚盤胞培養の臨床的評価」につきまして、すでに同意書を提出されており、その同意を撤回する場合にのみ提出してください。

神戸 ART クリニック 宛

「“EmbryoScope+” タイムラプス・インキュベータによる 胚盤胞培養の臨床的評価」への同意撤回書

私は、下記の研究に自身の情報が使用されることへの同意を撤回いたします。

研究課題名	“EmbryoScope+” タイムラプス・インキュベータによる胚盤胞培養の臨床的評価
署名日	西暦 年 月 日
診察券番号	
本人氏名（自署）	
生年月日	西暦 年 月 日（ ）歳

以上