

# 同意撤回書

医師 \_\_\_\_\_ 殿

再生医療等名称:「自家PRP(多血小板血漿)を用いた毛髪再生治療」

私は、上記の治療を受けることについて、\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日に同意  
しましたが、この同意を撤回します。なお、同意を撤回するまでに発生した治療  
費その他の費用については私が負担することに異存ありません。

同意撤回年月日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者様氏名: \_\_\_\_\_