**同 意 撤 回 書**

日本赤十字九州国際看護大学

学長　　　　　　　　　殿

　私は、日本赤十字九州国際看護大学において実施される研究「　研究課題名　」について、研究担当者から説明文書に基づいて説明を受け、参加することに同意いたしましたが、自らの意思でその同意を撤回いたします。

（本人）

同意撤回日：　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　ご署名

（代諾者）＊必要な場合のみ

同意撤回日：　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　ご署名　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄

（確認者氏名：研究責任者・分担者）

上記の研究対象者が、研究の参加を撤回したことを確認しました。

確認日：　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　所属名　　　　　　　　　　　　氏名