○○病院　病院長　殿

同　意　撤　回　書

私は、「日本小児整形外科学会　登録調査研究（疾患登録）」に関し、この登録調査研究への参加に同意しましたが、同意を撤回します。

西暦　　　　年　　　月　　　日

氏　名（本人）

代諾者  
氏　名（続柄　　　　　）