

同意撤回書

(登録データ削除申請書)

医療法人思源会 岩崎病院院長 殿

(本人) 郵便番号 _____
住所 _____
氏名 _____ (印)
(署名または記名捺印)

記入年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代諾者氏名： _____ (自署) 本人との続柄： _____

私は、「人工関節置換術の手術成績」について、同意を撤回し登録されたデータの削除を希望します。

なお、同意撤回書の写しを受け取りました。