

## 同意撤回書

六本木北浜診療所様  
整形外科 部長 北浜 純 殿

治療名：変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした

自家多血小板血漿（PRP）注入療法

私は、この治療について説明者から文書により説明を受け、治療することに同意いたしましたが、これを撤回します。

年 月 日

本人氏名（自署）

印

本件に関する問い合わせ先

六本木北浜診療所 （代表電話 03-3402-0792）