＊本書式は改変せずに使用する、ただし＊マークのある記載文は削除して使用する

同　意　撤　回　書

私は、「（研 究 テ ー マ）」への参加に同意して同意書に署名しましたが、その同意を撤回します。

　　年　　月　　日

氏名（署名）

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

所　属

研究者氏名

※いったん研究参加に同意した場合でも、同意を撤回することができます。この「同意撤回書」2 部にご記入・ご署名頂き、研究者までお申し出下さい。

※研究者が同意撤回書を受領した後、2部に署名し、1部は返送いたしますので保管ください。

※ただし、同意撤回を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名加工され、個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

＜同意を撤回する場合の連絡先＞　＊院生・学部生の場合

＊私的な連絡先は記載せず、メールアドレスは学内のものを記載する

研究者　日本赤十字看護大学　看護学部／○○研究科　○○　○○

　　E-mail：◆◆B//M/D◆◆@redcross.ac.jp

TEL：03-3409-XXXX（△△研究室直通）

〒150-0012　東京都渋谷区広尾4-1-3（△△研究室気付）

指導教員　日本赤十字看護大学　△△　△△

　　　E-mail：XXXXX@redcross.ac.jp

＜同意を撤回する場合の連絡先＞　＊教職員の場合

日本赤十字看護大学　△△　△△　　　〒150-0012　東京都渋谷区広尾4-1-3

TEL：03-3409-XXXX（△△研究室直通）

E-mail：XXXXX@redcross.ac.jp