## 同意書

l	ハのうえ内科クリ	リーック	院長	井上昌彦	殿
•	ハウン ファヒドガコ ノーフ		17/11/12	/	//\X

私は、	反復経頭蓋脳磁気刺激	( r	Т	MS)	療法に関す	る説明	を受ける	た上で
十分に	理解しましたので、 r	ТМ	S	療法の	実施に同意	いたし	ます。	

同意年月日: 年 月 日

氏名(自署):

## 同意撤回書

いのうえ内科クリニック 院長 井上昌彦 殿

私は、	反復経頭蓋脳磁気刺激	(rTMS)	療法に関する説明を受け
同意書	に署名しましたが、その	の同意を撤回	回します。

同意撤回年月日: 年 月 日

氏名(自署):