同意書

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た上で

十分に理解しましたので、ｒＴＭＳ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、その同意を撤回します。

同意撤回年月日：　　年　　月　　日

氏名（自署）：