**同意撤回書**

**（非血縁者間骨髄・末梢血幹細胞移植における検体保存事業）**

日本赤十字社

　血液事業本部長　殿

この度、私は「非血縁者間骨髄・末梢血幹細胞移植における検体保存事業」への協力についての同意を撤回いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

電話番号※

※同意撤回にあたり日本赤十字社からご連絡させて頂く場合があります。日中ご連絡可能な番号をご記入ください。

氏名（提供者本人）　　　　　　　　　　　　　（自筆）

　　（代諾者）　　　　　　　　　　　　　（自筆）　　続柄

検体提供医療機関名

検体提供年月

　　　　平成　　　　　年　　　　　　月

**送付先**

日本赤十字社血液事業本部　造血幹細胞管理課

住所　〒105－0011 東京都港区芝公園1-2-1　7F