

東京 CA クリニック 治療同意書

東京 CA クリニック 院長
木村 修 殿

私 _____ は、以下の治療に関連し、東京 CA クリニック医師からの口頭での説明、及び説明文書においてその内容について十分理解し、同意致しますので、ここに東京 CA クリニックにおいて治療を受けることを希望します。
また、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

■東京 CA クリニックで私が希望する治療

希望する	希望しない	項 目
☐	☐	樹状細胞およびナチュラルキラー細胞局所療法
☐	☐	樹状細胞および活性化リンパ球局所療法
☐	☐	樹状細胞点滴療法
☐	☐	活性化リンパ球療法
☐	☐	ナチュラルキラー細胞療法

記入年月日： 年 月 日

○患者様：

お名前：

ご住所：

ご連絡先： - -

○家族またはそれに準ずる方

お名前：

御本人との続柄：

ご住所：

ご連絡先： - -

説明年月日 年 月 日

東京 CA クリニック 院長 木村 修

東京都港区白金台 4-9-19 HAPPO-EN URBAN SQUARE 4F
電話:03-6407-9147 FAX:03-6407-9148