

同意書

長峰整形外科院長 殿

私は一般説明事項及び治療概要、手順、治療計画などを理解した上で、貴院にて以下の治療を行うことに同意します。

○活性NK細胞療法

私は、上記1、2、3に関して、自身の都合により採血日より2～3週間以内に投与が受けられない場合、貴院に連絡をします。上記期間内に投与が受けられない場合、細胞の凍結保存に同意し、細胞の状態によっては当該免疫細胞が破棄となることに同意いたします。

私は、採血した時点で費用が発生するため、採血後の返金は出来ないことに同意いたします。

平成____年____月____日

ご住所 _____

患者様(自署) _____

印

代理人様(自署) _____

関係() 印

代理人様住所 _____

代理人様電話番号 _____

※患者様署名がある場合は、代理人様の記載は必要なし。

平成____年____月____日

私は患者様に免疫治療に関する一般事項及び治療概要等についてご説明いたしました。

説明医師名 _____