

## 同意書

かがやきクリニック 院長 殿

私は、医療法人社団悠輝会クリニックにおいて治療を受けた変形性関節症に対する脂肪組織由来再生細胞(ADRCs)の関節内移植療法について、法人変更に伴う変更点の説明を受け、その内容をよく理解した上で、引き続きかがやきクリニックにおいてこの治療に係る経過観察等を受けることを私の意思によって同意いたします。

(治療した日) 西暦 年 月 日

(同意日) 西暦 年 月 日

現住所

ご本人氏名署名

代筆者署名 患者との関係( )

代筆理由( )

代筆者の住所

(説明日) 西暦 年 月 日

担当医師署名

協力者署名