

## 同 意 書

しげた総合診療クリニック 担当医 殿

私は、「ANK 自己リンパ球免疫療法・CTL 療法の説明および治療の同意書について」  
(同文書にて別紙で引用される「点滴料金」その他文書を含む)の内容を理解し、自らの意志により本治療を受けることに同意します。

なお、本療法による副反応についても貴院より十分説明を受けたこと、および治療は私本人の申し出により、いつでも中止できるものであることを確認いたします。

また、本治療のため貴院に支払った医療の対価については、返還の請求はいたしません。

年 月 日

本人住所： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

本人氏名： \_\_\_\_\_ 印

代諾者名： \_\_\_\_\_ 印 続 柄：(代諾者の場合) \_\_\_\_\_

※16歳未満など本人が同意の当事者となれない場合などに必要です。

保証人氏名： \_\_\_\_\_ 印 続 柄： \_\_\_\_\_