点滴医療施設用

同　意　書

医療法人社団久里浜眼科　担当医　殿

私は、「ANK 自己リンパ球免疫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、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿で治療を申し込み、培養されたリンパ球の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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続　柄：＿＿＿＿＿＿＿＿