

同意書

健康増進クリニック院長 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、健康増進クリニックにて以下の治療を行うことに同意します。

1. 新樹状細胞ワクチン療法
2. New 活性 NK 細胞療法
3. New 活性 NK/NKT/ γ δ T 細胞療法
4. ハイブリット免疫療法 (1+2)
*新樹状細胞ワクチン療法 + New 活性 NK 細胞療法
5. マルチ・ハイブリット免疫療法 (1+3)
*新樹状細胞療法 +New 活性 NK/NKT/ γ δ T 細胞療法
6. アジュバント療法

※上記 1~5 の療法については左記内容を納得した上で同意します
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

年 月 日

ご 住 所 _____

患者様自署 _____ ⑩

代理人様自署 _____ 関係 () ⑩

代理人様住所 _____

代理人様電話 _____

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説明いたしました。

医 師 署 名 _____

健康増進クリニック