

同意書

医療法人社団医進会 小田クリニック  
 理事長 小田 治範 殿

私は NKM 細胞免疫療法について医師から説明を受けました。  
 治療内容と費用、キャンセル及び予定日変更の対応についても理解し、納得致しましたので、下記の内容で NKM 細胞免疫療法を受けることに同意致します。  
 また、NKM 免疫細胞療法によって不測の事態が生じた場合は、適切な処置を受けられることを理解致しました。

記

治療予定日 :  
 治療回数 :  
 概算治療費 :  
 お支払い方法 :  
 キャンセル時の取扱 : キャンセル時には早めにご連絡お願いします。

培養開始後に経過した日数	キャンセル料
1-3 日後	全額の 30%
4-6 日後	全額の 60%
7 日以降	全額
追加費用 (2 日目より発生)	全額の 15%

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

代理人 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

治療は、患者様の都合や医師の判断で中止する場合があります。  
 また、培養の状態によっては治療日の変更を医療機関からご連絡することがあります。

年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_

助手 \_\_\_\_\_