

治療同意書

医療法人社団 医創会 セレンクリニック東京
担当医師 殿

私は、「樹状細胞ワクチン療法」について、「人工抗原樹状細胞ワクチン療法（ワクチン作製・長期保管）説明同意文書（第4版）」を受け取り、その内容について説明を受けました。本治療の内容を十分に理解しましたので、治療を受けることについて同意いたします。なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・患者様

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

（患者様ご本人の署名がございましたら、下記、署名の必要はございません。）

・ご家族様またはそれに準ずる者

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

上記の内容について私が説明をし、同意されたことを確認しました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療法人社団 医創会 セレンクリニック東京

同意取得医師 _____