**同　意　書**

社会医療法人　孝仁会

釧路孝仁会記念病院

理事長　齋藤　孝次　殿

**脂肪由来間葉系幹細胞を用いた脊髄損傷の治療**

私　　　　　　　　　　　　は脂肪由来間葉系幹細胞を用いた脊髄損傷の治療を受けるに当たり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この治療を受けることに同意します。

私は本治療の説明を受け、理解した項目について、□の中にレを記入しました。

□治療の目的

□治療の流れ

□治療の考えられる効果と合併症、副作用

□本療法が中止となる場合

□個人情報の取り扱いについて

□健康被害が発生した場合について

□試料の保存について

□費用の負担について

□担当医師・相談窓口

説明医師：

担当者：

同意日 　　　年 　 月 　 日

患者/被験者氏名(自筆署名)　: 　　　　　　　　　㊞

患者/被験者住所　:〒

※選定した場合のみ

代諾者氏名(自筆署名)　: 　　　　㊞(本人との続柄)

代諾者住所　: