

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、「活性化リンパ球療法」について、「活性化リンパ球療法(IL) 説明同意文書（第2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 _____