

同意書・治療申込書

年 月 日

- () 5種複合免疫療法 ※○印を付けて下さい。
 () DC アイバック・WT1 療法 (新樹状細胞獲得免疫ワクチン療法)
 () DC アイバック・CSC 療法 (CSC :Cancer Stem Cell がん幹細胞) がん幹細胞・がん細胞を標的とした新樹状細胞ワクチン療法

殿

私は、病状と本治療の必要性について、医師から説明を受けました。説明を十分に理解し、本治療を受けることに同意して治療の申込みを致します。この説明を受け同意、治療申込みをしたことにつきましては、後に異議の申し立てはいたしません。

1. 不測の事態により培養及び保存中のリンパ球が使用不能な場合、再度の採血をお願いすることがあること。
2. 治療中に緊急治療を行う必要が生じた場合は、施行されることに同意します。

患者様	氏名	印
	現住所	TEL : 携帯電話 :
代諾者	氏名	印 患者様との続柄()
	現住所	TEL : 携帯電話 :
費用 請求先		患者本人 保証人 その他 (下記にご記入下さい)
	氏名	
	現住所	TEL : 携帯電話 :

- 注意 1 患者様の欄は、ご本人が記入・捺印してください。
 病状により御本人が記入できない場合は代筆し、患者様の印を捺印してください。
- 注意 2 代諾者の欄は、配偶者、子、親、兄弟、姉妹もしくはその他の保証人の成人者が記入・捺印してください。
- 注意 3 本治療を受けることを拒否することは任意です。

※本治療を通じて患者様から入手しました個人情報の取扱は、「個人情報取扱実施規程」に沿って保護いたします。

担当医師 (説明を行った医師) :

施設 : _____ 氏名 : _____ 印