治 療 同 意 書

ホリスティッククリニック銀座　院長　殿

再生医療等の名称「がんに対する樹状細胞を用いた免疫機能改善治療」

私は医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿より、本治療に関する説明資料を受取り、以下の説明を受けました。

- □　初めに
- □　提供する治療について
- □　採血について
- □　予期される利益及び起こるかもしれない不利益
- □　健康被害が発生した場合の補償について
- □　他の治療法について
- □　治療の拒否及び同意撤回について
- □　記録および細胞の保管について
- □　個人情報の保護について
- □　費用について
- □　認定再生医療等委員会について
- □　再生医療等を行う医療機関の情報
- □　本治療に関する連絡先・相談窓口について

（成分採血を行う場合）

- □　成分採血について

本治療を受けるにあたり、上記内容について十分な説明を受け、内容などを十分に理解いたしましたので、この治療を受けることに同意いたします。

（同意日）　　年　　月　　日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者；続柄（　　）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿