

【医療機関保管用】

ルーチェクリニック銀座院 総院長 加藤 晴之輔 殿

施術申込書・同意書

私は、ルーチェクリニック銀座院において、脂肪由来幹細胞療法に関する説明書に基づいて説明を受け、その内容を十分に理解した上で同意し、以下の4回の点滴を含む一連の治療について、施術を申し込みたいです。

- ① 脂肪採取
- ② 初回点滴 (初代培養・培養フラスコ 2,400 cml)
- ③ 2回目点滴 (解凍培養・培養フラスコ 2,400 cml)
- ④ 3回目点滴 (解凍培養・培養フラスコ 2,400 cml)
- ⑤ 4回目点滴 (解凍培養・培養フラスコ 2,400 cml)

- ※ 培養期間や、1回の培養で得られる細胞数につきましては、個人差がございます。
- ※ ご投与予定日までに細胞の培養が完了しない場合には、日程変更のご連絡を差し上げます。
- ※ また、ごくまれに、培養中に問題が発生した場合に、再度脂肪を採取させて頂くことがございます。何卒ご了承下さい。

日 付: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者署名: _____

※ 以下は、本人署名困難の場合のみご記入下さい。

代諾者署名: _____ (本人との続柄) _____

代諾者住所: _____

代諾者電話番号: _____