治 療 同 意 書

一般社団法人志鴻会　銀座鳳凰クリニック　院長　殿

再生医療等の名称「悪性腫瘍に対する活性化リンパ球療法」

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

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（　　）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿