

再生医療等を受ける者に対する同意書

治療名（該当する□に✓を記入下さい。）

- NK細胞を利用したがん免疫細胞療法
- NK/NKT/ γ δ T細胞を利用したがん免疫細胞療法
- 樹状細胞を利用したがん免疫細胞療法

----- 署名欄 -----

医療法人社団
スターセルアライアンス
スタークリニック 院長 殿

私は上記治療にあたり、以上の内容について十分な説明を受け、本治療の内容を理解いたしましたので、本治療を実施することに同意します。

【患者さまサイン欄】

記入日	年 月 日
患者さまサイン（自署）	
患者さまご住所	
患者さま電話番号	— —

【代理人さまサイン欄】 ※患者さま署名がある場合は、代理人さまの記入は必要ありません。

記入日	年 月 日
代理人さまサイン（自署）	
患者様とのご関係	
代理人さまご住所	
代理人さま電話番号	— —

【医療通訳さまサイン欄】 ※医療通訳が無い場合は、記入の必要はありません。

記入日	年 月 日
医療通訳さまサイン（自署）	
医療通訳さまご住所	
医療通訳さま電話番号	— —

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さまに本治療について十分に説明したうえで同意を得ました。

記入日	年 月 日
担当医師サイン（自署）	

本同意書は保管下さい。

本治療の途中でも、同意の撤回は可能です。担当医師にご連絡下さい。

再生医療等を受ける者に対する同意撤回書

医療法人社団
スターセルアライアンス
スタークリニック 院長 殿

私は以下の同意の撤回をします。

- NK細胞を利用したがん免疫細胞療法
- NK/NKT/ γ δ T細胞を利用したがん免疫細胞療法
- 樹状細胞を利用したがん免疫細胞療法

【患者さまサイン欄】

記入日	年 月 日
患者さまサイン（自署）	
患者さまご住所	
患者さま電話番号	— —

【代理人さまサイン欄】 ※患者さま署名がある場合は、代理人さま記載必要なし。

記入日	年 月 日
代理人さまサイン（自署）	
患者様とのご関係	
代理人さまご住所	
代理人さま電話番号	— —

【医療通訳さまサイン欄】 ※医療通訳が無い場合は、記入の必要はありません。

記入日	年 月 日
医療通訳さまサイン（自署）	
医療通訳さまご住所	
医療通訳さま電話番号	— —

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さまの同意の撤回を承知しました。

記入日	年 月 日
担当医師サイン（自署）	