

料金表

| 費用

項目	費用(税込)
初診料	11,000円
血液検査料	11,000円
【片側】自家脂肪由来間葉系幹細胞・5,000万cells	990,000円
【片側】自家脂肪由来間葉系幹細胞・1億cells	1,320,000円
【両側】自家脂肪由来間葉系幹細胞・1億cells(片側 5,000万cells)	1,320,000円
【両側】自家脂肪由来間葉系幹細胞・2億cells(片側1億cells)	2,200,000円
細胞保管費用(1ヶ月あたり)	11,000円

※投与回数にかかわらず、1回投与あたりの費用です。

| キャンセル費用

項目	費用(税込)
脂肪採取前まで	なし
脂肪採取後、投与予定日の14日前まで	投与費用の50%
投与予定日の13日前～7日前まで	投与費用の80%
投与予定日の6日前～投与当日	投与費用の100%
※投与回数にかかわらず、投与をキャンセルされた場合の費用です。	