

同意書

医療法人社団 恵仁会

な ぎ 辻 病 院

院長 桑 原 仁 美 殿

当院の「アルツハイマー型認知症に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、脂肪組織の採取・採血および自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意します。

同意日： _____ 年 月 日

氏名(自筆署名)： _____ (本人)

住所： _____

連絡先： _____

代諾者名(自筆署名)： _____ ()

住所： _____

連絡先： _____

同意撤回書

医療法人社団 恵仁会

なぎ辻病院

院長 桑原仁美 殿

私は、「アルツハイマー型認知症に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、脂肪組織の採取・採血および自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意しましたが、この度これを撤回します。

同意日： 年 月 日

氏名(自筆署名)： _____ (本人)

住所： _____

連絡先： _____

代諾者名(自筆署名)： _____ ()

住所： _____

連絡先： _____