

幹細胞治療のご案内

～皮膚細胞老化による加齢性変化（シワ、シミ、たるみ、陥没）に対する
自己脂肪由来幹細胞を用いた局所注射療法～

金額はすべて税込み表示となります。

■初回治療費

1.初診料		■■■■■
2.術前検査費用		■■■■■
3.脂肪採取費用		■■■■■
4.細胞培養加工施設間の輸送費		■■■■■
5.培養費		■■■■■
6.投与治療費		■■■■■
合計		■■■■■

■2回目以降の治療費

培養・投与治療費		■■■■■
----------	--	-------

注1. 脂肪組織の採取を行った場合は1～3の費用を当日窓口でお支払いただきます。培養費に関しては1週間以内の入金をお願いいたします。

注2. 培養を開始した時点で培養費は全額発生いたします。

ご本人様のご意向で投与日が決定されない場合、凍結保存期間は365日までとし、保管期間を過ぎると破棄することになります。

注3. ご本人様のご意向で培養日が延期される場合、投与予定日の2営業日前までにご連絡を頂ければ延期限度は最大2日ですが、その処理に1日につき■■■■■の実費が発生いたします。

注4. 幹細胞治療は、すべて自由診療となります。ご了承下さいませ。

注5. 点滴施行日時は■■■■■までとなります。

ノアクリニック

奈良県香芝市上中 2002-1

Tel. 0745-43-6558