

幹細胞治療費

～自己脂肪組織由来幹細胞を用いた変形性関節症の治療～

■初回治療費

1、初診料	8,800 円
2、治療費（諸費用等含）	2,200,000 円
合 計	2,208,800 円

■2回目以降の治療費

培養費 1,980,000 円 ※金額はすべて税込み表示となります。

- 注1. 培養を開始した時点で培養費は全額発生いたします。
脂肪採取後、ご本人様および代諾者様のご意向により破棄する場合は、キャンセル料としての30%を差し引いた70%の培養費をご返金いたします。
- 注2. ご本人様および代諾者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. ご本人様および代諾者様のご意向により一度も培養に入らず凍結中の脂肪組織を破棄する場合は、凍結破棄料として110,000円をご負担いただきます。
- 注4. 原則として投与予定の4日前からは治療予定日の変更が出来なくなります。万が一治療予定日の変更をご希望される場合は5営業日前までに当院までご連絡ください。
- 注5. 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6. 点滴施行日時は火曜日から土曜日の13時から16時までとなります。

■治療費のお支払いに関して

【初診料・諸費用・脂肪採取費用・培養費】

実施した当日受付窓口でお支払い頂きます。

お支払いは現金の他、クレジットカードがご利用いただけます。

培養費に関しましてはご入金確認後、培養に入らせて頂きます。

以上説明を受けました。

年 月 日

住所〒

本人氏名

お振込み予定日 月 日

代諾者氏名（続柄）

印