

治療同意書

(治療を受ける方用)

医療法人医新会 よろずクリニック
院長 殿

私は、「悪性腫瘍に対する活性化リンパ球療法」について、「悪性腫瘍に対する活性化リンパ球細胞療法 説明同意文書（第1版）」を受け取り、その内容について説明を受けました。本治療の内容を十分に理解しましたので、治療に必要な細胞を提供することについて同意いたします。なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆患者様ご本人

ご氏名：署名 _____

ご住所： _____

◆代諾者（ご家族様またはそれに準ずる方）

ご氏名：署名 _____ 患者様からみた続柄 _____

ご住所： _____

◇上記の内容について私が説明をし、同意されたことを確認しました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療法人医新会 よろずクリニック

同意取得医師 _____