

治療同意書

(治療を受ける方用)

AND 美容外科天神院
院長 殿

私は、「ナチュラルキラー（NK）細胞療法（悪性腫瘍の予防）」について、「ナチュラルキラー（NK）細胞療法（悪性腫瘍の予防）説明同意文書」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、治療を受け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 】

ご氏名 _____

ご住所 _____

(患者様ご本人の署名がございましたら、下記、署名の必要はございません。)

【 ご家族様またはそれに準ずる者 】

ご氏名 _____ 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

一般社団法人地生会 AND 美容外科天神院

同意取得医師 _____