

## 同意書

主治医 \_\_\_\_\_ 殿

私は、これから私が受ける多血小板血漿を用いた再生医療について、主治医から説明書に基づいた説明を受け、その内容、効果、副作用、治療費 \_\_\_\_\_ 円を理解したうえで、本治療を受けることに同意し、以下に署名いたします。

年 月 日                      署名 \_\_\_\_\_

(五稜郭大村美容形成クリニック 平成27年8月28日 作成)