

## 同意書

主治医殿

私は、これから私が受ける自己多血小板血漿を用いた先天性、外傷、老化などによる組織の変形、萎縮性疾患のための再生医療について、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 \_\_\_\_\_ 円を理解した上で、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令和元年 10 月 10 日作成)