

## 治療同意書

医療法人社団 医創会 セレンクリニック東京  
院長 木村 修 殿

私は、「活性化リンパ球療法」について、「活性化リンパ球療法 説明同意文書(第3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 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_

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

医療法人社団 医創会 セレンクリニック東京

同意取得医師 \_\_\_\_\_ 木村 修 \_\_\_\_\_