

先制医療

同意文書（治療追加・変更用）

殿

研究代表者 瀬田クリニック東京 後藤重則 殿

私は本研究において、以下の免疫細胞療法についての資料（「免疫細胞療法の概要」、および治療費に関する資料（「治療費のお支払いに関して」）を受け取り、説明を受けました。

[私が受ける免疫細胞療法]

- アルファ・ベータ T 細胞療法
- ガンマ・デルタ T 細胞療法
- NK 細胞療法

[治療費について]

以下の資料を受け取り、治療費に関する説明を受けました。

- 治療費のお支払いに関して

私は、上記に関する内容を十分に理解した上で、この免疫細胞療法を受けることに同意します。

(同意日) 西暦 年 月 日

現住所 _____

ご本人 氏名 _____

代理人; 続柄 () _____

(説明日) 西暦 年 月 日

所属 瀬田クリニック東京 担当医師名 _____

説明文書 説明者サイン _____