

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 _____

(かおるクリニック 平成28年8月10日 作成)