

治療同意書

医療法人社団 葵会
AOI 国際病院長 殿

再生医療等の名称

「呼吸器又は消化器の悪性腫瘍に対する樹状細胞（DC）ワクチン療法」

私は医師 _____ より、樹状細胞（DC）ワクチン療法について、以下の説明を受けました。

- 1. 初めに
- 2. 提供する治療について
- 3. 採血について
- 4. 予期される利益及び起こるかもしれない不利益
- 5. 健康被害が発生した場合の補償について
- 6. 他の治療法について
- 7. 治療の拒否及び同意撤回について
- 8. 記録および細胞の保管について
- 9. 個人情報の保護について
- 10. 特許権、著作権その他の財産権等の帰属について
- 11. 費用について
- 12. 認定再生医療等委員会について
- 13. 本治療の実施体制について
- 14. 本治療に関する連絡先・相談窓口について

本治療を受けるにあたり、上記内容について十分な説明を受け、内容などを十分に理解いたしましたので、この治療を受けることに同意いたします。

西暦 年 月 日

住所： _____

本人： _____

代諾者；続柄（ ）： _____