

同意書

医療法人社団医進会 小田クリニック
 理事長 小田 治範 殿

私は NKMplus 細胞免疫療法について医師から説明を受けました。
 治療内容と費用、キャンセル及び予定日変更の対応についても理解し、納得致
 しましたので、下記の内容で NKMplus 細胞免疫療法を受けることに同意致し
 ます。

また、NKMplus 免疫細胞療法によって不測の事態が生じた場合は、適切な処
 置を受けられることを理解致しました。

記

治療予定日 :
 治療回数 :
 概算治療費 :
 お支払い方法 :
 キャンセル時の取扱 : キャンセル時には早めにご連絡をお願いします。

培養開始後に経過した日数	キャンセル料
1-3 日後	全額の 30%
4-6 日後	全額の 60%
7 日以降	全額
追加費用 (2 日目より発生)	全額の 15%

年 月 日

氏名 _____

住所 _____

連絡先 _____

代理人 _____ 続柄 _____

住所 _____

連絡先 _____

治療は、患者様の都合や医師の判断で中止する場合があります。
 また、培養の状態によっては治療日の変更を医療機関からご連絡することがあ
 ります。

年 月 日

説明医師 _____

助手 _____