

治療同意書

医療法人社団威風会 栗山中央病院 院長 殿

再生医療等の名称「悪性腫瘍に対するアルファ・ベータ T 細胞療法」

私は医師 _____ より、本治療に関する説明資料を受取り、以下の説明を受けました。

- 初めに
- 提供する治療について
- 採血について
- 予期される利益及び起こるかもしれない不利益
- 他の治療法について
- 治療の拒否及び同意撤回について
- 記録および細胞の保管について
- 個人情報の保護について
- 費用について
- 認定再生医療等委員会について
- 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。

（同意日） 年 月 日

住所： _____

氏名： _____

代諾者；続柄（ ）： _____