

【医療機関保管用】

医療法人社団医新会

神田医新クリニック 院長 藤原 博通 殿

施術申込書・同意書

私は、神田医新クリニックにおいて、脂肪由来幹細胞を用いた再生医療による治療について事前説明書に基づいて説明を受け、その内容を十分に理解した上で同意し、施術を申し込いたします。

初代培養 フラスコ 1200 cm²相当

初代培養 フラスコ 2400 cm²相当

解凍培養 フラスコ 1200 cm²相当

解凍培養 フラスコ 2400 cm²相当

※培養期間や、1回の培養で得られる細胞数につきましては、個人差がございます。

ご投与予定日までに細胞の培養が完了しない場合には、日程変更のご連絡を差し上げます。

また、ごくまれに、培養中に問題が発生した場合に、再度脂肪を採取させて頂くことがございます。どうぞご了承下さい。

年 月 日

患者様 氏名 (自筆署名)

※以下は、未成年または本人署名困難の場合のみご記入下さい。

代諾者様氏名 (自筆署名)

(本人との続柄)

代諾者様 住所 〒

代諾者様 電話番号
