

## 治療同意書

一般財団法人 健康医学協会  
粒子線がん相談クリニック院長 殿

再生医療等の名称「悪性腫瘍に対するNK細胞療法（血管内投与）」

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
- 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
- 再生医療等を行う医療機関の情報
- 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) 平成            年            月            日

住所： \_\_\_\_\_

本人： \_\_\_\_\_

代諾者；続柄（            ）： \_\_\_\_\_