

## 同意文書

医療法人社団みき会 サンフィールド医院 院長 殿

治療名：慢性疼痛緩和を目的とした自己脂肪由来間葉系幹細胞治療

私は、下記の提供する再生医療等において、貴院で治療およびフォローアップ等を継続受診すること  
 とに同意します。

## 記

再生医療等提供機関 名称	医療法人社団みき会 サンフィールドクリニック
再生医療等提供機関 住所	東京都江東区青海 2-4-32 タイム24ビル 1F
再生医療等提供計画番号	PB3170018
再生医療等の名称	慢性疼痛緩和を目的とした自己脂肪由来間葉系幹細胞治療
再生医療等の提供期間	2017年8月28日～2024年1月15日

以上

## 【患者さまの署名欄】

同意日：西暦 年 月 日

患者署名：\_\_\_\_\_

## 【説明医師の署名欄】

私は、上記の患者さまに、この本治療について十分に説明を行いました。

説明日：西暦 年 月 日

医師氏名：署名\_\_\_\_\_