

東京 CA クリニック 治療同意書

東京 CA クリニック 院長
木村 修 殿

私 _____ は、以下の治療に関連し、
東京 CA クリニック医師からの口頭での説明、及び説明文書においてその内容について十分理解し、
同意致しますので、ここに東京 CA クリニックにおいて治療を受けることを希望します。
また、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

■東京 CA クリニックで私が希望する治療

希望する	希望しない	項 目
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	樹状細胞およびナチュラルキラー細胞局所療法
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	樹状細胞点滴療法
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ナチュラルキラー細胞療法

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

○御本人

お名前： _____

ご住所： _____

ご連絡先： _____ - _____ - _____

○御家族またはそれに準ずる方

お名前： _____

御本人との続柄： _____

ご住所： _____

ご連絡先： _____ - _____ - _____

_____ クリニック記入欄 _____

説明年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

東京 CA クリニック

説明医師署名欄： _____

東京都港区白金台 4-9-19 HAPPO-EN URBAN SQUARE 4F
電話:03-6407-9147 FAX:03-6407-9148