

医療法人社団ナチュラルハーモニー ナチュラルハーモニークリニック表参道
実施医師 様

施術申込書・同意書

私は、医療法人社団ナチュラルハーモニー ナチュラルハーモニークリニック表参道において、脂肪由来幹細胞療法に関する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、施術を申し込みたいとします。

・初代培養：

フラスコ 16 個分 (6000 万～8000 万個位) 305 万 (税別)

・解凍培養：

フラスコ 16 個分 (6000 万～8000 万個位) 290 万 (税別)

※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申し上げます。

※また、ごく稀に、培養中に問題が発生した場合に、再度脂肪を採取させていただく場合がございます。何卒ご了承ください。

日 付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者署名： _____

※以下は、本人による署名が困難な場合など、代諾・代筆の必要な場合のみご記入下さい

代諾者署名： _____ (本人との続柄) _____

代諾者住所： _____ 〒 _____

代諾者電話番号： _____