

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：動脈硬化症の進展予防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	PB3160006
再生医療等の名称	動脈硬化症の進展予防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	2016年5月26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_____