

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「悪性腫瘍に対するガンマ・デルタ T 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（ ）： _____