治 療 同 意 書

医療法人社団 桜伸会　サンテクリニック　院長　殿

再生医療等の名称「がんに対する樹状細胞を用いた免疫機能改善治療」

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
- ☐　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
- ☐　健康被害が発生した場合の補償について
- ☐　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
- ☐　特許権、著作権その他の財産権等の帰属について
- ☐　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

（成分採血を行う場合）

- ☐　成分採血について

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）　　年　　月　　日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者；続柄（　　）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿