

同意書

医療法人財団康生会

武田病院

院長 武田 純 殿

当院の「ヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた臨床研究：筋萎縮性側索硬化症（ALS）」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について十分に説明を受け、脂肪組織の採取・採血および自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意します。

研究協力への同意

1) 提供する資料・試料が本研究に使用されることを同意します。

(はい いいえ)

2) 提供する試料・資料が本研究に使用されるとともに、長期間保存され、かつ将来、医療法人財団康生会武田病院特定認定再生医療等委員会の承認を受けた上で、新たに計画・実施される研究に使用されることに同意します。

(「いいえ」の場合、本研究終了後、速やかに試料・資料は廃棄します。)

(はい いいえ)

同意日：平成 年 月 日

氏名(自筆署名)： _____ (本人)

住所： _____

同意撤回書

医療法人財団康生会

武田病院

院長 武田 純 殿

私は、「ヒト自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた臨床研究：筋萎縮性側索硬化症（ALS）」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について十分に説明を受け、脂肪組織の採取・採血および自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意しましたが、この度これを撤回します。

研究協力への同意

現在当院が保管している資料・試料が本研究に使用されるとともに、長期間保存され、かつ将来、医療法人財団康生会武田病院特定認定再生医療等委員会の承認を受けた上で、新たに計画・実施される研究に使用されることに同意します。

（「いいえ」の場合、速やかに試料・資料は廃棄します。）

（ はい いいえ ）

同意日：平成 年 月 日

氏名(自筆署名)： _____ (本人)

住所： _____