

同意書

主治医殿

私は、これから受ける多血小板血漿注入療法について、さわこ形成外科クリニック院長片上 佐和子医師から説明書に基づいた説明を受け、その内容、効果、副作用、治療費
円を理解したうえで、本治療を受けることに同意し、
以下に署名いたします。

年 月 日

署名 _____

(さわこ形成外科クリニック 平成27年8月28日 作成)