

## 同意書

医療法人社団 恵仁会

なぎ辻病院

院長 桑原仁美 殿

私は、「アルツハイマー型認知症に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」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「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、当該再生医療等を受けることにより得られる利益、不利益について承諾し、治療費用・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。

尚、脂肪組織あるいは培養幹細胞が将来の研究・治療の為に、用いられることに同意します。

また、5年経過後、検体を破棄することに同意いたします。ただし、将来の研究・治療の為に用いられる場合はその限りではありません。

同意日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名(自筆署名)： \_\_\_\_\_ (本人)

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

代諾者名(自筆署名)： \_\_\_\_\_ ( )

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

## 同意撤回書

医療法人社団 恵仁会

な ぎ 辻 病 院

院長 桑 原 仁 美 殿

私は、「アルツハイマー型認知症に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」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「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、治療費用・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。なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

※今後、脂肪組織あるいは培養幹細胞が将来の研究・治療の為に、用いられることについて

同意します      ・      同意しません

記入日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名(自筆署名)： \_\_\_\_\_ (本人)

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

代諾者名(自筆署名)： \_\_\_\_\_ ( )

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_