

## 同 意 書

東洞院クリニック

担当医師名 \_\_\_\_\_ 殿

私は、「ANK 自己リンパ球免疫療法の説明および治療の同意書について」（同文書にて別紙で引用される「ANK 自己リンパ球免疫療法の費用について」その他文書を含む）の内容を理解し、自らの意志により本治療を受けることに同意します。

なお、本療法による副反応についても貴院より十分説明を受けたこと、および治療は私本人の申し出により、いつでも中止できるものであることを確認いたします。

また、本治療のため貴院に支払った医療の対価については、いかなる場合も返還の請求はいたしません。

年 月 日

本人住所： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

本人氏名： \_\_\_\_\_

代諾者名： \_\_\_\_\_ 続 柄：（代諾者の場合） \_\_\_\_\_

※16歳未満など本人が同意の当事者となれない場合などに必要です。

保証人氏名： \_\_\_\_\_ 続 柄： \_\_\_\_\_