

## 同意書

主治医 \_\_\_\_\_ 殿

わたしは、これから受ける PRP(自己多血小板)ナノカプセル法について、主治医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) などを理解したうえで、本治療を受けることに同意し、以下に署名いたします。

この再生医療を受けたことによって、あなたの健康に被害を受けるような事があった場合は、再生医療委員会への報告をするとともに、当院での治療や大学病院への紹介等を行い改善計画をたてます

。

令和        年        月        日

署名 \_\_\_\_\_

令和 2年4月24日作成