

治療同意書

医療法人ひまわり会 天神ホリスティックビューティークリニック 院長 殿

再生医療等の名称「がんに対する γ δ T細胞を用いた免疫機能改善治療」

私は医師 _____ より、本治療に関する説明資料を受取り、
以下の説明を受けました。

- 初めに
- 提供する治療について
- 採血について
- 予期される利益及び起こるかもしれない不利益
- 健康被害が発生した場合の補償について
- 他の治療法について
- 治療の拒否及び同意撤回について
- 記録および細胞の保管について
- 個人情報の保護について
- 特許権、著作権その他の財産権等の帰属について
- 費用について
- 認定再生医療等委員会について
- 再生医療等を行う医療機関の情報
- 本治療に関する連絡先・相談窓口について

本治療を受けるにあたり、上記内容について十分な説明を受け、内容などを十分に理解いたしましたので、この治療を受けることに同意いたします。

(同意日) 年 月 日

住所： _____

氏名： _____

代諾者；続柄（ ）： _____