

██████████における同意書

医療法人社団 医創会 御中

私 _____ は、██████████について十分な説明を受け、使用することに同意いたします。

- ██████████を使用する。成分は、██████████に使用された成分を含むが、██████████による副作用の可能性が存在すること。██████████を含んだ樹状細部が直接皮内に投与されること。
- ██████████の副作用として、アレルギー反応、低血圧、発疹、呼吸困難、腹痛、嘔気、下痢等があること。
- ██████████。
- その他

(_____)

年 月 日

(被験者様)

ご住所

ご氏名

(ご家族様またはそれに準ずる者)

ご住所

ご氏名

(医療法人社団医創会 セレンクリニック東京)

東京都千代田区有楽町 2-7-1 有楽町イトシアオフィスタワー11階

確認医師氏名