**同 意 書**

**東京慈恵会医科大学附属病院長殿**

**この度、私は「多血小板血漿（PRP）の臨床研究」に関する治療について担当医師から下記の項目につき充分な説明を受け納得しましたので、治療することに同意します。**

**１）臨床研究について**

**２）研究の方法（PRP治療）について**

**３）安全性と注意点**

**４）他の一般的な治療方法**

**５）費用について**

**６）本研究に参加しない場合でも不利益を受けないこと**

**７）同意した場合でも随時これを撤回できること**

**８）緊急時の連絡先**

**９）個人情報の取り扱い**

**10）特許権等について**

**11）補償について**

**12）その他**

**説明担当医師名**

**平成 年 月 日**

**氏名 　　 印**

**住所**