

細胞提供者及び再生医療等を受ける者に対する同意書  
脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた慢性疼痛の緩和

署名欄

東京がんクリニック院長殿

私は上記治療にあたり、以上の内容について十分な説明を受け、本治療の内容を理解いたしましたので、細胞の提供及び本治療を実施することに同意します。

【患者さまサイン欄】

記入日	年 月 日
患者さまサイン（自署）	
患者さまご住所	
患者さま電話番号	— —

【代理人さまサイン欄】 ※患者さま署名がある場合は、代理人さまの記入は必要ありません。

記入日	年 月 日
代理人さまサイン（自署）	
患者様とのご関係	
代理人さまご住所	
代理人さま電話番号	— —

【医療通訳さまサイン欄】 ※医療通訳が無い場合は、記入の必要はありません。

記入日	年 月 日
医療通訳さまサイン（自署）	
会社名	
医療通訳さま電話番号	— —

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さまに本治療について十分に説明したうえで同意を得ました。

記入日	年 月 日
担当医師サイン（自署）	

## 細胞提供者及び再生医療等を受ける者に対する同意撤回書

### 脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた慢性疼痛の緩和

署名欄

東京がんセンタークリニック院長殿

私は細胞の提供及び上記治療の同意の撤回をします。

【患者さまサイン欄】

記入日	年 月 日
患者さまサイン（自署）	
患者さまご住所	
患者さま電話番号	— —

【代理人さまサイン欄】 ※患者さま署名がある場合は、代理人さま記載必要なし。

記入日	年 月 日
代理人さまサイン（自署）	
患者様とのご関係	
代理人さまご住所	
代理人さま電話番号	— —

【医療通訳さまサイン欄】 ※医療通訳が無い場合は、記入の必要はありません。

記入日	年 月 日
医療通訳さまサイン（自署）	
会社名	
医療通訳さま電話番号	— —

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さまの同意の撤回を承知しました。

記入日	年 月 日
担当医師サイン（自署）	