同意書

主治医殿

　わたしは、これからわたしが受ける多血小板血漿注入療法について、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。

年　月　日　　署名 _____