

整理番号：

同意書

公立学校共済組合 関東中央病院 病院長殿

治療名：自家多血小板血漿(自家PRP)注入による難治性皮膚潰瘍治療

<説明事項>

1. 提供する再生医療等の提供計画を提出している旨
2. 細胞の提供を受ける医療機関等の名称及び細胞の採取を行う医師名
3. 当該細胞の用途
4. 細胞提供者として選定された理由
5. 当該細胞の提供により予期される利益及び不利益
6. 細胞提供者となることは任意であること
7. 同意の撤回に関する事項
8. 当該細胞の提供をしないこと又は同意を撤回することにより不利益な扱いを受けないこと
9. 細胞提供者の個人情報の保護に関する事項
10. 試料等の保管および廃棄の方法
11. 当該細胞を用いる再生医療等に係る特許権、著作権、その他の財産権又は経済的利益の帰属に関する事項
12. 苦情及び問い合わせへの対応に関する体制
13. 当該細胞の提供に係る費用に関する事項
14. 当該細胞の提供による健康被害に対する補償に関する事項
15. 再生医療等の提供に伴い、細胞提供者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴に関する重要な知見が得られる可能性がある場合には、当該細胞提供者に係る研究結果（偶発的所見を含む）の取り扱い
16. 細胞提供者から取得された試料等について、当該細胞提供者から同意を得る時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の医療機関に提供する可能性がある場合にはその旨及び同意を受ける時点において想定される内容
17. 再生医療等の審査等業務等を行う認定再生医療等委員会における審査事項その他当該再生医療等に係る認定再生医療等委員会に関する事項

【細胞・組織提供者の署名欄】

私は細胞・組織提供をするにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、細胞・組織の提供に同意します。

同意日： 年 月 日

患者氏名： (自署)

【代諾者の署名欄】（必要な場合のみ）

私は さんが、この治療を受けるにあたり、細胞・組織提供をすることについて上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、細胞・組織の提供に同意します。

