

## 治療同意書

(治療を受ける方用)

九州厚生会クリニック  
院長 殿

私は、「悪性腫瘍に対する活性化リンパ球療法」について、「悪性腫瘍に対する活性化リンパ球細胞療法 説明同意文書」を受け取り、その内容について説明を受けました。本治療の内容を十分に理解しましたので、治療に必要な細胞を提供することについて同意いたします。なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### ・患者様

ご氏名 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

(患者様ご本人の署名がございましたら、下記、署名の必要はございません。)

### ・ご家族様またはそれに準ずる者

ご氏名 \_\_\_\_\_ 患者様からみた続柄 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

上記の内容について私が説明をし、同意されたことを確認しました。

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

一般社団法人九州厚生会 九州厚生会クリニック

同意取得医師 \_\_\_\_\_