

## 同意書

主治医\_\_\_\_\_殿

私は、これから私が受ける多血小板血漿を用いた萎縮性鼻炎に対する再生医療について、馬場 奨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

(ばば耳鼻科クリニック 令和4年1月4日 作成)