

同意書

円山公園皮膚科形成外科

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を用いた再生医療について、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、治療費 _____ 円を理解したうえで、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 _____

(円山公園皮膚科形成外科 令和元年 7月13日 作成)