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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（　医療法人社団白壁会サフォクリニック　平成３０年９月４日　作成）