

同意書

松股会OZUMIクリニック 主治医殿

私は、これから私が受ける先天異常、外傷、老化などによる組織の変形・萎縮性疾患に対す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 _____ 印