

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、亀井康二、木村哲治、瀬戸彩乃、東山麻伊子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

(カメイクリニック 令和3年8月17日 作成)