

同意書

大阪医科薬科大学病院

病院長 南 敏明 殿

大阪医科薬科大学病院 歯科口腔外科

実施責任歯科医師 井上 和也 殿

私は、「骨造成手術に際しての人工骨材料への Platelet Rich Fibrin の応用」についての再生医療に関して、以下の項目について口頭および文書で十分な説明を受け理解致しました。

1. 提供される再生医療の内容及び目的
2. 再生医療の方法
3. 予想される利益及び不利益
4. 実施の有無についての自由な選択の保障
5. 個人情報の保護
6. 実施に関する費用
7. 認定再生医療等委員会に関する事項

よって、今回の再生医療「骨造成手術に際しての人工骨材料への Platelet Rich Fibrin の応用」の実施について

同意いたします。

同意いたしません。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 署名又は記名捺印

説明をおこなった歯科医師

大阪医科薬科大学病院 歯科口腔外科 _____

氏名 _____ 署名又は記名捺印

説明日 _____ 年 月 日 _____