

同意書

HICクリニック
平畑 徹幸 殿

私は「NK細胞療法」について、以下の説明を受けました。

(説明を受け理解した項目 (□にご自分で✓を付けて下さい))

- 本治療が効果および延命効果が確立されていない新しい治療法であることについて
- 本治療の拒否と同意撤回は任意であること
- 治療の拒否及び同意の撤回により不利益な取り扱いを受けないこと
- NK細胞療法について
- 治療の流れ
- 治療に対する効果 (予想される臨床上の利益)
- 治療より予期される危険性及び不利益 (副作用等)
- 個人情報の保護について
- 知的財産について
- 医療費について
- 補償について
- 免責事項
- その他の確認事項

上記の説明を十分理解した上で、当治療を受ける事に同意します。

同意年月日 _____年 ____月 ____日

本人

氏名 _____ 印 連絡先 _____

住所 _____

家族またはそれに準ずる者

氏名 _____ 印 連絡先 _____

住所 _____

本人との関係 _____

上記の臨床試験について私が説明をし、同意されたことを確認します。

説明年月日 _____年 ____月 ____日

同意取得医師 _____

同意書撤回書

HICクリニック
平畑 徹幸 殿

私は「NK細胞療法」を受けることについて同意しておりましたが、同意を撤回いたします。

同意撤回年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

同意撤回者

氏名 _____ 印 連絡先 _____

住所 _____

家族またはそれに準ずる者

氏名 _____ 印 連絡先 _____

住所 _____

本人との関係 _____

お手数ですが、以下の宛先までご郵送願います。

同意撤回書郵送先

〒100-0006 東京都千代田区有楽町 2-7-1 有楽町駅前ビルディング 11 階 1105 号
HICクリニック