**再生医療等「＊＊＊」に関する同意書**

＊＊＊病院

＊＊＊科

＊＊　＊＊　殿

私は、再生医療等「＊＊＊」による治療ついて、以下に関する説明を十分に納得した上で、同治療を受けることに同意いたします。

* **1. 再生医療として行われるこの治療について**
* **2. この再生医療で期待される効果と危険について**
* **3. この再生医療以外の治療法について**
* **4. この再生医療を拒否したり同意を撤回したりすることについて**

* **5. この再生医療を受ける方の個人情報保護について**
* **6. この再生医療の実施に係る費用について**
* **7. この再生医療に関する苦情および問合わせ先について**
* **8. その他**

同意年月日： 　　　　 年 　　　月 　　　日

患者さん氏名：

代諾者の方氏名（続柄 ）：

※ 上記の治療について同意されたことを確認しました。

同意確認年月日　：　　　　　 年 　　　月 　　　日

同意取得（医師／歯科医師）： ＊＊＊病院・＊＊＊科　＊＊ ＊＊