

## 同意書

医療法人社団 恵仁会

なぎ辻病院

院長 桑原仁美 殿

当院の「アルツハイマー型認知症に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、脂肪組織の採取・採血および自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意します。

同意日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名(自筆署名)： \_\_\_\_\_ (本人)

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

代諾者名(自筆署名)： \_\_\_\_\_ ( )

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

## 同意撤回書

医療法人社団 恵仁会

なぎ辻病院

院長 桑原仁美 殿

私は、「アルツハイマー型認知症に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、脂肪組織の採取・採血および自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意しましたが、この度これを撤回します。

同意日： 年 月 日

氏名(自筆署名)： (本人)

住所：

連絡先：

代諾者名(自筆署名)： ( )

住所：

連絡先：