

同意書

医療法人社団 恵仁会

なぎ辻病院

院長 桑原仁美 殿

私は、「難治性呼吸器間質性疾患（肺気腫＜COPDを含む＞、特発性肺線維症＜IPF＞、間質性肺炎）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。

尚、脂肪組織あるいは培養幹細胞が将来の研究・治療（他院での治療を含む）の為に、用いられることに同意します。

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、「難治性呼吸器間質性疾患（肺気腫＜COPDを含む＞、特発性肺線維症＜IPF＞、間質性肺炎）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。

※今後、脂肪組織あるいは培養幹細胞が将来の研究・治療（他院での治療を含む）の為に、用いられることについて

同意します ・ 同意しません

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： _____