

## 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、「難治性神経変性疾患（筋萎縮性側索硬化症〈ALS〉、脊髄小脳変性症〈SCD〉、レビー小体病〈DLB〉、進行性核上性麻痺〈PSP〉）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、「難治性神経変性疾患（筋萎縮性側索硬化症〈ALS〉、脊髄小脳変性症〈SCD〉、レビー小体病〈DLB〉、進行性核上性麻痺〈PSP〉）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： \_\_\_\_\_