

同意書

医院名

医院長

殿

私は、(医院名) _____ から、国立長寿医療研究センターでの臨床研究『自己歯髄組織由来幹細胞を用いた抜髄後歯髄組織再生療法開発』の被験者募集に関する説明を受け、個人情報の取り扱いについて十分配慮され、問題がないことを理解しました。よって国立長寿医療研究センターに紹介されることを同意します。

同意日： 年 月 日

患者氏名： _____ (自署)