

## 同意書

この度、\_\_\_\_\_を使用するにあたり、\_\_\_\_\_病院（診療所）  
\_\_\_\_\_医師から\_\_\_\_\_がヒト（又は動物）に由来する成分を  
含む医薬品であり、クロイツフェルト・ヤコブ病等、未知の疾患に罹患する恐れがある  
旨の説明を受け納得いたしましたので、\_\_\_\_\_を使用することに同意い  
たします。

同意日：平成 年 月 日

氏名：