

# 同意書

この度、ラエンネック P.O.を使用するにあたり、柴田美容皮膚科クリニック 柴田医師からラエンネック P.O.がヒトに由来する成分を含む医薬品であり、未知の疾患に罹患する恐れがある旨の説明を受け納得致しましたので、ラエンネック P.O.を使用することに同意致します。

同意日：平成 年 月 日

氏名（自筆サイン）：\_\_\_\_\_