

同意書

この度ラエンネック P.O.を使用するにあたり、柴田エイジングケア・美容クリニック 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： 年 月 日

氏 名（自筆サイン）： _____