**归还肿瘤组织申请书**

致：

　　　　　　　　　　　　医院

　　　　　　　　　　　　医师

患者姓名：

年龄/性别:　　　　　　　　/

出生日期：（年/月/日）　　　　　　　/　　　　/

手术日期：（年/月/日）　　　　　　/　　　　　/

病历号码：

我申请归还本人的肿瘤组织，用于“自体福尔马林固定肿瘤疫苗（AFTV）”的癌症免疫治疗。

通过此申请书，我确认以下事项：我请求归还本人的组织，用于制作AFTV。

需要2克福尔马林固定的组织样本（也可接受FFPE样本）。

我已了解组织可能已经在非无菌环境中进行过检查，并可能接触过感染性物质。

我需要获得以下形态的组织（选择其一）：

□置于容器中，10%福尔马林（放入福尔马林中作为防腐剂）

□置于容器中的FFPE（福尔马林固定石蜡包埋样本）

□如果无法提供上述两种状态的组织，请提供未染色的FFPE切片（需要300片10微米厚的切片，用于从切片中制作AFTV）

我已了解任何组织都会给自身及其他人带来的风险，同意自行承担和接受任何和所有伤害的风险，并特此免除医院及其继任者、受让人、关联公司、被许可人、董事、职工及代理人因本人请求过程中所涉及的任何责任。

希望贵医院能够同意我的申请。

谢谢！

患者或患者代理人姓名（印刷）：

患者或患者代理人签名：

地址和电话号码：

日期：（年/月/日）　　　　　　/　　　　　　/