

未成年者同意書

藤井クリニック 御中

本日、申込者： _____ が術名：『 _____ 』の手術を受ける事に同意致します。

尚、この度の治療に関して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示に従いますので、善処されることを希望します。

平成 年 月 日

申込者： 住所

氏名 印

生年月日 年 月 日 歳

親権者： 住所

連絡先 (TEL) ()

氏名 印

続柄 ()

藤井クリニック 〒530-0026 大阪市北区神山町1-7
アーバンエクス神山町ビル3F
TEL06-6364-9100