

親権者同意書（18歳未満の方用）

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 〒530-0001 大阪市北区梅田 2-1-22
野村不動産西梅田ビル 8F
TEL0120-482-212