

未成年同意書

中央クリニック新宿院 御中

本日、依頼者： _____ が

『術名： _____ 』の手術を受ける事に同意致します。

治療方針や治療内容については十分説明を受けすべて了承致しました。

尚、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医療的に必要な処置が

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

依頼者:住所

氏名 _____ 印

親権者:住所

氏名 _____ 印
続柄 (_____)

中央クリニック新宿院
〒160-0023 東京都新宿区西新宿 1-19-5
新宿幸容ビル 6F
TEL：0120-669-970