

同意書

私、_____ は、皐月クリニック _____ 院で、

_____ 年 _____ 月 _____ 日、子供である _____ が、

手術を受けることを同意いたします。

今後、一切の異議申し立てを致しません。

年 月 日

同意者 住所

氏名

印

本人 住所

氏名

印