

# 未成年同意書

札幌中央クリニック 御中

\_\_\_\_\_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。

年 月 日

依頼者:住所

氏名

印

親権者:住所

氏名

印続柄 ( )

札幌中央クリニック

〒060-0042

札幌市中央区大通西2丁目5番 都心ビル 4F

TEL : 0120-013-909