未成年同意書

札幌中央クリニック 御中

Ž		
』の手術を受ける事	に同意致します。	
は十分説明を受けすべ	て「承致しました。尚、	このたびの治療
医療的に必要な処置が		
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()
〒060-0042 札幌市中央区大通	西2丁目5番 都心ビル4	F
	』の手術を受ける事は十分説明を受けるできますが、 は十分に必要ないますのできぬいますのできぬいますのできないますが、 年の概者:住所 氏名 親権者:住所 氏名 札幌中央の042 札幌市中央区大通	』の手術を受ける事に同意致します。 は十分説明を受けすべて了承致しました。尚、 医療的に必要な処置が 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 印統柄(れ幌中央クリニック