

20歳未満の方で手術・治療をご希望されるは、保護者承諾が必要になります。

## 同意書

中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

が

(手術・治療名)

治療を

秋葉原中央クリニックで受けることに同意いたします。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

治療を受ける方との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_