

20 歳未満の方で手術・治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

保護者同意書

医療法人社団やまもと 山本クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

_____が

(手術・治療名)

_____治療を

山本クリニックで受ける事に同意いたします。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

ご住所 _____

お電話番号 _____