

## 未成年者同意書

T - クリニック 御中

本日、 申込者： \_\_\_\_\_ が『術名： \_\_\_\_\_ 』の手術を受ける事に同意致します。

尚、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医学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。

平成 年 月 日

申込者： 住所

氏名

印

生年月日

年

月

日

歳

親権者： 住所

連絡先

( )

氏名

印

続柄 ( )

T - クリニック

〒542-0081 大阪市中央区南船場 3 - 12 - 3 心斎橋セントビル 5階

TEL 06-6252-2700