

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。

同意書

秋葉原中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

_____が

(手術・治療名)

_____ **傷跡修正術** _____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。

平成 ____年 ____月 ____日

保護者氏名 _____ ④

治療を受ける方との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____