

保護者同意書

当院では、20歳未満で手術をご希望の方は、保護者様の同伴か、同伴できない場合は、下記の同意書が必要です。保護者様にサインと印を頂きご来院下さい。
なお18歳・19歳の場合は、口頭での保護者様の承諾でも構いません。

HSクリニック院長 白澤 友裕

記入日	年	月	日		
本人氏名					
生年月日	年	月	日	年齢	才
保護者氏名					Ⓜ
本人との関係					