

保護者同意書

当院では、18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。保護者様に自筆のサインを頂きご来院下さい。

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			