

未成年者同意書

西国分寺レディースクリニック 御中

本日、未成年者「_____」が、「術名：_____」の手術を受けることを同意します。

尚、この度の治療に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合には、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：_____

西国分寺レディースクリニック

東京都国分寺市泉町 2-9-3 ハートフルビル 2 階

TEL : 042-300-0055