

# 同意書

(施術をお受けになるご本人のお名前) \_\_\_\_\_ が THE CLINIC において、

(手術名) \_\_\_\_\_ の施術を受けることに同意致します。

また、今後その施術の件につきましては、施術の同意書、説明書の内容に従い、意義申し立て致しません。

施術日                      年                      月                      日  
\_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保護者住所

〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 都道  
\_\_\_\_\_ 府県