

同意書

20歳未満の未成年で手術・処置をご希望の方は
保護者の同意が必要になります。

(お名前) _____ の (手術名) _____ の
手術・処置に同意いたします。

手術・処置日 令和 年 月 日

保護者名 _____ 印

保護者名 _____ 印