

手術同意書

医療法人社団 清佑会
メンズサポートクリニック 宛

私 _____ は、患者 _____ が

貴院で手術(希望される診療内容)を受けることを、親権者として承諾いたします。

確認記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名

印

続柄

住所

連絡先電話番号（自宅）

連絡先電話番号（携帯）

※印鑑はシャチハタ印以外でお願いします。