

・20 歳未満の方で手術・治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

同意書

福岡博多駅前通中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

_____が

(治療名)

_____治療を

福岡博多駅前通中央クリニックで受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____[㊞]

治療を受ける方との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____