

# 同意書

私、\_\_\_\_\_は、皐月形成クリニック\_\_\_\_\_院で、

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日、子供である\_\_\_\_\_が、

手術を受けることを同意いたします。

今後、一切の異議申し立てを致しません。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

同意者

住所

氏名

印

本人

住所

氏名

印