

同意書(未成年者用)

川崎クリニック 御中

同意文 私 は が

_____に同意します。

【文例】 私 ○○○○(親権者氏名) は ○○△△(手術申込者氏名) が
□□手術を受けること に同意します。

平成 年 月 日

手術予定日 平成 年 月 日

受診クリニック 大阪・神戸 (受診地域を○で囲んで下さい。)

手術申込者氏名 _____ (満 才)

親権者氏名 _____ 印 続柄 _____

親権者住所 〒 _____

電話番号 (ご自宅・携帯) _____

※ 成人(20才)未満は、親権者の同意なしで、手術を行うことはできません。
ご両親に、大切に育てられた体を処置する場合、いかに、当クリニックが責任を持って
手術を行うといっても、親権者の同意無しでは、道義的にもできないことをご了承ください。

お問い合わせはこちらへ

川崎クリニック 0120-304-783(されよなやみ)

◇大阪院 06-6348-0783

◇神戸院 078-855-5805

診療時間10:00~19:00
年中無休・予約制