

手術承諾書

私、 _____ は、
患者、 _____ が

手術（希望される診察内容）を受けることを、保護者として承諾致します。

平成 年 月 日

保護者 _____ 印

続柄 _____

住所 _____

連絡先（電話番号） _____

- ※ 印はシャチハタ不可
- ※ 連絡先電話番号は携帯電話不可

ヒルズタワークリニック 殿