

# 手術承諾書

私、 \_\_\_\_\_ は、患者、 \_\_\_\_\_ が、  
手術(希望される診療の内容)を受けることを、保護者として承諾致します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 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は不可

東京ノースクリニック 殿