

未成年者同意書

池袋 GOH クリニック 宛

本日 依頼者（未成年者） _____ が、
_____ の手術を
受ける事を同意致します。

治療方針や治療内容に理解し、疑問点については質問し、説明も受け、
全て了承致しました。

令和 年 月 日

依頼者：住所 _____

氏名 _____ 印

親権者：住所 _____

氏名 _____ 印 続柄（ ）

連絡先 _____

池袋 GOH クリニック

東京都豊島区南池袋 1-19-3

池袋嘉泉ビル 4 階

TEL03-5944-8411