

保護者の方へのお願い。

治療を希望される患者様が高校生の方ですので、治療を行うにあたり保護者の方の同意が必要になります。

手術承諾書(PDF ファイル)を印刷していただき、必要事項にご記入捺印の上、当院にご提出下さい。

尚、ご記入にあたっては必ず保護者の方の直筆でお願い致します。

ご相談・ご予約 0120-17-9229

手術承諾書

平成 年 月 日

私、 _____ は、患者 _____ が
手術(希望される診療の内容)を受ける事を保護者として承諾致します。

保護者氏名 _____ (印)

続柄 _____

住所 〒 _____

連絡先電話番号 _____

フェニックスクリニック 殿