

同意書

私、_____は、東京スカイクリニック_____院で、

平成_____年_____日、子供である_____が、

手術を受けることを同意いたします。

今後、一切の異議申し立てを致しません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意者

住所

氏名

印

本人

住所

氏名

印