

同意書

ラミュー広島中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

_____ (満 才) が

(手術・治療名)

_____ 治療を

ラミュー広島中央クリニックで受けることに同意いたします。

年 月 日

親権者氏名 _____ 印

治療を受ける方との続柄 _____

住 所 〒

電話番号
