

同意書

ミクモクリニック殿

私_____は、子供である_____が
平成 年 月 日、貴院において_____
手術を受けることに同意いたします。

手術について同意しました上は、治療課程にて予期し
ない事態が生じた場合、必要かつ適切な処置をされるこ
とについても、貴院に対し一切の意義申し立て等致しま
せん。

平成 年 月 日

保護者住所_____

保護者氏名_____印

保護者電話番号_____