

同意書（未成年者用）

川崎クリニック 御中

同意文 私 は が

_____に同意します。

【文例】私 ○○○○（親権者氏名）は ○○△△（手術申込者氏名）が
□□手術を受けることに同意します。

平成 年 月 日

手術予定日 平成 年 月 日

受診クリニック 大阪 ・ 神戸 （受診地域を○で囲んで下さい。）

手術申込者氏名 _____（満 才）

親権者氏名 _____ 印 続柄 _____

親権者住所 〒 -

電話番号（ご自宅・携帯） _____ - -

※ 成人（20才）未満は、親権者の同意なしで、手術を行うことはできません。
ご両親に、大切に育てられた体を処置する場合、いかに、当クリニックが責任を持って
手術を行うといっても、親権者の同意無しでは、道義的にもできないことをご了承ください。

お問い合わせはこちらへ

川崎クリニック 0120-304-783（されよなやみ）

◇大阪院 06-6348-0783

◇神戸院 078-855-5805

診療時間10：00～18：00
年中無休・予約制