

18 歳未満の方で手術・治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

保護者同意書

医療法人莉成会みはらクリニック院長 三原 聡殿

(治療を受ける方のご氏名)

_____が

(手術・治療名)

_____治療を

みはらクリニックで受ける事に同意いたします。

_____年 月 日

保護者氏名

_____ (自筆署名)