

同意書

ヴェリテクリニック 院 御中

私は、(娘様又は息子様の氏名) _____ の

(手術・治療内容) _____ の施術
に同意し、それを証するため署名押印いたします。

手術日 年 月 日

同意日 年 月 日

保護者住所

電話番号

保護者氏名 _____ 印