

未成年者の手術について

当院に限らず、未成年者の手術の場合、親権者（保護者・ご両親どちらか）のご同意が必要になります。

手術を受けられる際に、ご同伴頂くか、“承諾書”をご持参下さい。

承 諾 書

エストクリニック 御中

本日、依頼者： _____ が

『術名： _____』の手術を受ける事に同意致します。

治療方針や治療内容については十分説明を受け、すべて了承致しました。

尚、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

平成 年 月 日

依頼者：住所 _____

氏名 _____ (印)

保証人：住所 _____

氏名 _____ (印)

続柄 ()

エストクリニック

品川本院：〒140-0004 品川区南品川5-11-16

町田院：〒194-0013 町田市原町田3-2-6 TMビル3F

TEL 0120-881-195