

# 同意書

20歳未満の未成年で手術・処置をご希望の方は  
保護者の同意が必要になります。

(お名前) \_\_\_\_\_ の (手術名) \_\_\_\_\_ の  
手術・処置に同意いたします。

手術・処置日 平成 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

保護者名 \_\_\_\_\_ 印