

タウン形成外科クリニック 未成年手術（治療）同意書

表参道 / 青森 / 八戸 / 盛岡 / 仙台 / 郡山 / いわき (丸で囲む)
タウン形成外科クリニック 院長 殿

私は、タウン形成外科クリニックにおいて、希望する手術(治療)内容を十分理解した上で、手術(治療)を受けることを同意致します。
また、本手術後、治療した患者本人の希望と医師の判断により、追加手術が必要である場合は、処置代、薬代を負担することを了承いたします。

手術(治療)内容(当日記載)

令和 年 月 日

治療を受ける方の現住所 _____

治療を受ける方の電話番号 _____

治療を受ける方の氏名 _____ 印

保護者現住所 _____

保護者電話番号 _____

保護者氏名 _____ 印