

同意書（未成年）

手術名 _____

手術予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

手術代金（税込） _____ 円

申込者 記入欄

氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)
電話番号	自宅： 携帯：

私は、上記申込者の親権者（法廷代理人）として、申込者が
貴院で上記の手術を記載の金額で受けることに同意いたします。

親権者 記入欄

氏名		Ⓜ
続柄		
ご住所	〒	
電話番号	自宅： 携帯：	

※親権者（法廷代理人）ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。
※同意いただいた内容について確認のお電話をさせていただく場合がございます。