

20 歳未満の方で手術・治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

同意書

神戸中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

_____が

(手術・治療名)

_____わきが・多汗症 治療を

神戸中央クリニックで受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

治療を受ける方との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____