

20歳未満の方で、親族又は理解補助者の方の御来院出来ない場合は、下記の手術承諾書をご記入頂きお持ち下さい。

なお、印は印鑑証明登録印の押印をお願い致します。

手術承諾書（親族又は理解補助者用）

私 _____ は、患者 _____ が
手術を受ける事を承諾します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親族又は理解補助者（○をお付け下さい）

（親権者、父母、配偶者、父母姉妹、保護義務者、法定代理人、他_____）

氏名 _____ 印

住所 〒 _____ - _____

電話番号 _____

患者氏名 _____ 印

患者住所 〒 _____ - _____

電話番号 _____

医療法人社団 横浜ベイクリニック院長 殿