

# 同意書

ミクモクリニック殿

私\_\_\_\_\_は、子供である\_\_\_\_\_が  
平成 年 月 日、貴院において\_\_\_\_\_  
手術を受けることに同意いたします。

手術について同意しました上は、治療課程にて予期し  
ない事態が生じた場合、必要かつ適切な処置をされるこ  
とについても、貴院に対し一切の意義申し立て等致しま  
せん。

平成 年 月 日

保護者住所\_\_\_\_\_

保護者氏名\_\_\_\_\_印

保護者電話番号\_\_\_\_\_