未成年の方は、この手術承諾書を親権者の方にご記入頂き、クリニックまでお持ち下さい。

手術　承諾書

びえなクリニック　宛

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、患者、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、
（ご両親又は親権者のお名前）　（実際に処置を受ける方のお名前）

処置療内容（　〇で囲んでください。）

1.二重手術　眼の手術　　2.他（　　）
わかる範囲内で処置名を記入してください。

上記処置を受けることを、親権者として承諾致します。

平成　　年　　月　　日

（ご両親または親権者のお名前　御連絡先）

親権者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

親権者住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者連絡先（できましたら携帯電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿

（実際に処置を受ける方のお名前　御連絡先）

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者住所　　同上　　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者連絡先（携帯電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

びえなクリニック　院長　殿