

未成年者用

## 手術同意書

この度、(患者様氏名) \_\_\_\_\_ が、

品川デンタルケアクリニックにて

(施術名) \_\_\_\_\_ の施術を

受けることに同意いたします。

同意日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者氏名： \_\_\_\_\_ (印)