

## 未成年者の手術について

当院に限らず、未成年者の手術の場合、親権者（保護者・ご両親どちらか）のご同意が必要になります。

手術を受けられる際に、ご同伴頂くか、“承諾書”をご持参下さい。

## 承 諾 書

エストクリニック横浜 御中

本日、依頼者： \_\_\_\_\_ が

『術名： \_\_\_\_\_』の手術を受ける事に同意致します。

治療方針や治療内容については十分説明を受け、すべて了承致しました。

尚、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

平成 年 月 日

依頼者：住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保証人：住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

続柄 ( )

エストクリニック横浜

〒220-0004 横浜市西区北幸1-5-5 小池ビル3F

TEL 0120-399-550