

法定代理人（親権者）手術同意書

カズ博多クリニック 院長殿

記入日 年 月 日

私 _____ は、患者 _____ が貴院で手術
（包茎手術・陰茎に関する長茎手術・増大手術）を受けることを、親権者として承諾いたします。

親権者氏名 _____ 印 続柄 _____

住所 〒 _____

連絡先電話番号（自宅） _____

連絡先電話番号（携帯） _____