

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（ペニスに関するぶつぶつの電気焼灼術）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） \_\_\_\_\_