法廷代理人（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（性同一障害・睾丸摘出術・陰嚢切除術）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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿