

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・包皮小帯切除術）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） _____

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） _____

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（早漏治療・包茎手術・包皮小帯切除術）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） _____

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） _____

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（先天性陰茎彎曲症手術）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） _____

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（パイプカット）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） _____

法廷代理人（親権者）治療同意書

カズ博多クリニック院長殿

記入日 年 月 日

私 _____ は、患者 _____ が貴院で治療（性病・性感染症）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） _____

法廷代理人（親権者）治療同意書

カズ博多クリニック院長殿

記入日 年 月 日

私 _____ は、患者 _____ が貴院で治療（勃起不全）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） _____

法廷代理人（親権者）治療同意書

カズ博多クリニック院長殿

記入日 年 月 日

私 _____ は、患者 _____ が貴院で治療（薄毛治療）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） _____

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・陰囊切除術）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） _____

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（乳頭縮小術）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） _____