

手術承諾書

私(保護者氏名) _____ は、

患者(手術を受ける者氏名) _____ が

手術(希望する診察内容)を受けることを、保護者として承諾いたします。

西暦 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____