

# 同意書

福岡三井中央クリニック 殿

\_\_\_\_\_ が

\_\_\_\_\_ の手術を受けることに

同意致します。

平成 年 月 日

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

住所 \_\_\_\_\_