

20歳未満の方で治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

# 同意書

ビクアスクリニック秋葉原殿

(治療を受ける方のご氏名)

\_\_\_\_\_が

(手術・治療名)

\_\_\_\_\_を

ビクアスクリニック秋葉原で受けることに同意いたします。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

保護者氏名 \_\_\_\_\_<sup>印</sup>

治療を受ける方との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_