

未 成 年 者 施 術 同 意 書

医療法人社団 ミナガワ会

ドクターケイエムクリニック渋谷整形外科医院 殿

私が親権者である _____ が、貴院施術を受けることについて下記事項を遵守し、同意を致します。

施術に関する相談（カウンセリング）、施術内容、術後の注意点・制約等につきましては、十分に理解するよう親権者として本人に申し伝えることをお約束致します。

従いまして、今般の施術に関する件及び、親権者・子の間に発生した諸問題に関して貴院、貴院関係者に対して異議の申し立ては行ないません。

平成 年 月 日

患者 氏名 _____ (印)

親権者氏名 _____ (印)