

# 同意書

私、\_\_\_\_\_は、メンズライフクリニック \_\_\_\_\_院で、

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_日、子供である\_\_\_\_\_が、

手術を受けることを同意いたします。

今後、一切の異議申し立てを致しません。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意者

住所

氏名

印

本人

住所

氏名

印