

# 同意書

鹿児島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 \_\_\_\_\_