

未成年者治療同意書

飯尾形成外科クリニック院長 飯尾 礼美 殿

私、 _____ (本人との続柄： _____) は、

_____ (患者名) _____ が、

_____ (治療名) _____ の、治療内容について

十分に理解し、本人の意思で治療（手術や処置）を受けることに
同意いたします。

本来はカウンセリングに本人と同席し、治療に関し説明を受け確認
し同意するべきところを、自己都合により行ないませんので、これ
に起因するトラブルにつきまして、一切の不服申し立てをいたしま
せん。

平成 年 月 日

住所 _____

氏名 (親権者) _____ 印