

No. _____

保護者同意書

渋谷駅前おおしま皮膚科御中

私 _____ は、未成年である _____ が今回受ける皮膚皮下腫瘍摘出術に関して医師から受ける説明を十分に理解・判断する能力があると認め、皮膚皮下腫瘍摘出術を受けることに同意します。

以下 保護者直筆記入欄

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____ 印