

# 未成年者手術同意書

この度貴院にて息子 \_\_\_\_\_ が包茎  
の手術を受けることに同意致します。

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

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

保護者住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

新宿形成外科 殿