

同意書

医療法人社団友輝会 エルクリニック 御中

このたび私は貴院において（施術名： _____）
を受けるにあたり、その施術の実施を同意し依頼します。

なお、この度の治療に関連して、緊急にあるいは医学的必要な処置の変更
をしないければならない場合を生じた時は貴院のご指示に従います。

年 月 日

氏名： _____

生年月日： _____ 年 月 日

住所： _____

（未成年の場合）保護者氏名： _____

本同意書においては、前面自署による署名をもって捺印に代えるものとします。