

記入日 年 月 日

高須クリニック 宛

## 同意書 (未成年用)

■手術申込者氏名■ (満 才)

■同意文■ 【文例】 子供、高須花子(お子様の氏名)の二重手術に同意します。  
子供、高須太郎(お子様の氏名)のホクロ除去とニキビ治療に同意します。

■手術予定日時■ 年 月 日 (予約時間 : )

■受診クリニック■ 東京 ・ 横浜 ・ 名古屋 ・ 栄 ・ 大阪 (受診地域を○で囲んで下さい。)

■保護者氏名■ 印

続柄

■住所■ 〒 -

■連絡先■ (ご自宅) - -

(携帯) - -

■お問い合わせはこちらへ■

高須クリニック 0120-5587-15 (受付9:30~22:00 日曜21:00迄)

◇東京 03-3587-2061 (受付10:00~19:00迄)

◇横浜 045-322-1187 (受付10:00~19:00迄)

◇名古屋 052-564-1187 (受付10:00~19:00迄)

◇栄 052-971-6650 (受付10:00~19:00迄)

◇大阪 06-6372-5587 (受付10:00~19:00迄)