未成年者手術（施術）同意書

患者情報	名前		生年月日		連絡先	
	住所					

法廷 代理人	名前		生年月日		連絡先	
	住所				関係	

手術日時 （施術日時）	年　　月　　日
手術内容 （施術内容）	

上記 法定代理人（保護者）は上の患者がベンスクリニックで手術/施術をすることに同意し
手術/施術することについて異議を申し立てません。それだけでなく、上記治療内容と
予期しない副作用発生の可能性があることを充分に説明を聞いて理解したものとし、本施術に同意します。

20　　年　　月　　日

患者本人氏名：　　（印/署　名）
法定代理人：　　（印/署　名）

반스의원
VandS clinic