

保護者の手術承諾書
Parental Consent for minors

平成 年 月 日

十仁病院殿 JUJIN HOSPITAL

私は貴病院におきまして、私の娘／息子が整形手術を受けることを承諾いたします。

I consent to have my daughter or son to have cosmetic surgery at JUJIN HOSPITAL.

| | | |
|-----------|---------|-----------|
| (患者) | 住所 | 氏名 |
| (Patient) | Address | Signature |

| | | |
|----------|---------|-----------|
| (保護者) | 住所 | 氏名 |
| (Parent) | Address | Signature |