

# 同 意 書

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

上記の者が宇都宮竹内クリニックにおいて、

\_\_\_\_\_ の手術を受けることについて

同意いたします。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_