

# 未成年手術同意書

アテナクリニック東京銀座院  
総院長 定村 浩司殿

私の子である \_\_\_\_\_ が下記手術を受ける事に同意致します。

手術名 \_\_\_\_\_

親権者住所 \_\_\_\_\_

親権者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

〒104-0061 東京都中央区銀座 7-10-5DUPLEX 銀座 3 階

アテナクリニック東京銀座院