

## 同意書について

当院において『治療同意書』が必要となる治療を行う場合、『治療同意書』に署名・捺印が記入されている書類を提出して頂いております。特に書式は問いませんが、参考として以下のとおり書式を添付いたします。

(プリントアウトしてお使い下さい。)

なお、治療を目的とされた上でご来院される場合は、必ず署名・捺印の上、別紙をお持ち下さい。

よろしく願いいたします。

札幌中央クリニック

# 同意書

札幌中央クリニック 御中

依頼者： \_\_\_\_\_ が \_\_\_\_\_ の  
手術を受ける事に同意いたします。

平成 年 月 日

依頼者：住所

：氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保証人：住所

：氏名 \_\_\_\_\_ (印)

：依頼者との続柄 ( )

札幌中央クリニック

〒060-0042

札幌市中央区大通西2丁目5番地都心ビル5階

TEL011(200)1763