

同意書

私、
平成 年 月 日、子供である
手術・カウンセリングを受けることを同意いたします。
今後、一切の異議申し立てを致しません。

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 同意者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | | 印 |
| 本人 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | | 印 |