同意書

JM クリニック御中

私の子である　　が、JM クリニックにおいて

　　手術を受けることに同意しますので、JM クリニック

との診療契約を取り消すことはいたしませんし、施術されたことに

ついては一切異議を申しません。

平成　　年　　月　　日

住所　〒

親権者　　㊞