

承諾書

浜松中央クリニック 御中

本日、依頼者： _____ が

『 _____ 』の手術を受ける事に同意致します。

治療方針や治療内容については十分説明を受け、すべて了承致しました。

尚、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が

発生した場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

令和 年 月 日

依頼者：住所

氏名

印

保証人：住所

氏名

印

続柄()

浜松中央クリニック

浜松市中央区砂山町330-11 日総工産第2ビル4F ☎0120-077-623