

承諾書

18 歳未満の方で手術・治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

(治療を受ける方のご氏名)

_____が

(手術・治療名)

_____を

医療法人社団セレスの医療機関（船橋中央クリニック及び青山セレスクリニック）で受けることを承諾いたします。

西暦 年 月 日

保護者氏名 _____ ⑩

治療を受ける方との続柄 _____

住所

電話番号 _____