

# 承諾書

私（ ）は、娘・息子（ ）が  
※親御様のお名前 ※患者様のお名前

貴院にて（ ）を受ける事を承諾いたします。  
※手術・治療の種類

ルネッサンス並木形成外科 殿

平成 年 月 日

住所

氏名  
※親御様のご署名

印