

同意書

新宿中央クリニック 殿

夫_____が新宿中央クリニックで
パイプカット手術を受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

配偶者名 _____ (印)

治療を受ける方との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____