

# 同意書

西新宿杉江中央クリニック 殿

夫 \_\_\_\_\_ が 西新宿杉江中央クリニックで

パイプカット手術を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

配偶者 住所

電話番号

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 続柄 ( )