

パイプカット手術承諾書について

当院において、パイプカット手術を受けられる方で、配偶者がいらっしゃる場合は、『パイプカット手術承諾書』をご提出いただいております。

治療を目的とされた上でご来院される場合は、次のページの『パイプカット手術承諾書』を配偶者の方とご記入の上、ご持参ください。

承諾書のプリントアウトができない方へ

お手持ちのレポート用紙や便せんなどの紙に、配偶者の方の直筆で、次のページの文書と同様の趣旨の文章と、承諾書の記入日配偶者の方の住所・電話番号・ご氏名の記載とご捺印したものをお持ちください。

札幌中央クリニック

パイプカット手術承諾書

札幌中央クリニック 御中

(治療を受ける方のご氏名)

_____ が パイプカット手術を

札幌中央クリニック (札幌市中央区大通西2丁目5番地都心ビル4階) で受けることに
承諾いたします。

平成 年 月 日

配偶者の方のご氏名 _____ (印)

治療を受ける方との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____