

# パイプカット治療同意書

帯広中央クリニック 殿

本人 \_\_\_\_\_ が、

治療 パイプカット を受けることに同意します。

年 月 日

配偶者 氏名 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_