

同意書

嶋南つちや整形外科

土屋 登嗣 殿

私は、嶋南つちや整形外科において

「集束型体外衝撃波による治療の内容・安全性・費用」
などについて説明を理解し、治療を受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名

説明医師

土屋 登嗣
