

父母同意书

声明人： _____， ____ 年 ____ 月 ____ 日

公民身份证号码： _____

声明人： _____， ____ 年 ____ 月 ____ 日

公民身份证号码： _____

我们是 _____（公民身份证号码： _____）的父母，我们
知道孩子患有易性症，现孩子希望通过手术的方式解决，我们了解手术的不可逆性对手术出现的风险能够理解和接受。

声明人： _____