未成年者用

手術・施術同意書

この度、(患者様氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、東京皮膚科・形成外科にて

(手術・施術名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の手術・施術を

受けることに同意いたします。

同意日:平成　　年　　月　　日

親権者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

東京皮膚科・形成外科
住所：東京都中央区銀座2-11-8 DUPLEX GINZA TOWER 3F
TEL：0120-251-901
営業時間：11:00～20:00
定休日：日曜日