

未成年者用

手術同意書

この度、(患者様氏名) _____ が、品川美容外科にて

(施術名) _____ の施術を

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)