

致 品川美容外科

填写日 年 月 日

## 同意书

手术名称

手术预定日 年 月 日

手术院 院

申请者姓名 (未成年者)	
住址	〒
出生年月日	年 月 日 (满 岁)
电话号码	家里： 手机：

我作为以上未成年者的亲权者（法定代理人），  
同意在贵院接受以上手术。

亲权者姓名<sup>\*</sup>

关系

住址 〒

电话号码 家里：  
手机：

请亲权者（法定代理人）本人亲自署名・盖印。