

同意書

銀座みゆき通り美容外科殿

(被施術者) _____ が貴院にて (内容) _____
の手術を受けることに同意します。

平成 年 月 日

被施術者 氏名 _____ (印)

保護者 続柄 _____

氏名 _____ (印)