

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

大阪梅田 YUTAKA 美容外科 宛

## 同意書 (未成年用)

被施術者 氏名 \_\_\_\_\_ (満 \_\_\_\_\_ 才)

手術・施術内容 \_\_\_\_\_

手術・施術日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

被施術者が、貴院にて上記記載の手術・施術を受けることに同意いたします。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術申込者名 氏名 \_\_\_\_\_ 印

保護者（親権者） 氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_

住所  
〒 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_