医療法人邦寿会　宛

未成年者用

手術・施術同意書

この度、(患者様氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、NEW FACE AESTHETIC CLINIC 新宿院にて、(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:　　年　　月　　日

親権者氏名:　　㊞

続柄:

電話番号:

NEW FACE AESTHETIC CLINIC 新宿院
住所:東京都新宿区歌舞伎町2-26-10
TMK03歌舞伎町2丁目ビル4階
TEL:03-6457-3434