

同意書

(20歳未満の方で手術・処置をご希望の方は保護者の同意が必要です。)

ドーズ美容外科 殿
男たちの美容外科 殿

被施術者

治療内容

被施術者が、貴院にて表記内容の施術(治療・手術)を受ける事に同意します。

年 月 日

保護者名 印

医療法人一之会

(ドーズ美容外科・男たちの美容外科)