

<未成年者の手術について>

当院に限らず、未成年者の手術の場合は、保護者の同意書が必要になります。

手術を受けられる際には、ご同伴頂くか、下記の『同意書』をご持参ください。

横浜美容クリニック院長 白井邦雄
〒221-0835
横浜市神奈川区鶴屋町 2-9-10 曙ビル 3F
TEL 0120-630031

同意書

横浜美容クリニック殿、

私は、依頼者_____が、貴院にて手術を受ける事に
同意致します。

平成 年 月 日

氏名_____⑩

続柄 ()

住所_____

電話番号_____