

手術・施術同意書

この度、(患者様氏名) _____ が、東京皮膚科・形成外科にて

(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:平成 年 月 日

親権者氏名: _____ (印)

東京皮膚科・形成外科

住所: 東京都中央区銀座2-11-8ラウンドクロス銀座 3F

TEL : 03-3545-8000