未成年者用

手術同意書

この度、（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、スキンクリニック亜門にて

（施術名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の施術を

受けることに同意いたします。

同意日：令和　　年　　月　　日

親権者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞