

記載日： _____年____月____日

同意書

私は、

_____（本人氏名）の_____に
関する施術・手術を行うことに同意致します。

（本人）

生年月日 _____年____月____日（ _____歳）

氏名 _____

（親権者）

〒 _____

住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 _____）

※必ず親権者ご本人様が、署名・捺印して下さい。