

記入日 令和 年 月 日

医療法人 愛栄会
あいち栄クリニック・あいちビューティークリニック 宛

同意書

施術申込者氏名 _____ (満 歳)

同意文 文例【子供〇〇〇〇の二重手術に同意します】

保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

住所
〒 _____

連絡先

携帯番号 _____