未成年者用

手術同意書

私、(親権者氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

この度、(手術申込者氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の、

(手術名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の手術を受けることに同意致します。

◆同意日◆

平成　　　年　　　月　　　日

◆ご住所◆

〒　　　　-　　　　.

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

◆親権者ご連絡先◆

(携帯電話番号)　　　　　-　　　　　-　　　　　.

◆親権者氏名◆

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

こちらは、全て親権者の直筆でお書き頂きますようお願い致します。
★同意書の確認後、親権者への確認電話をさせて頂きます。
もし繋がらなかった場合はご手術ができかねてしまいます事を予めご了承下さいませ。
未成年者同意書の記入方法が分からないという場合は、下記フリーダイヤルまでお気軽にご連絡ください。

水の森美容外科

東京銀座院	0120-248-603	(10：00～19：00)
東京新宿院	0120-973-974	(10：00～19：00)
名古屋院	0120-92-2396	(10：00～19：00)
大阪院	0120-76-4909	(10：00～19：00)
北海道北見院	0120-92-2396	(10：00～19：00)