

手術同意書

私、(親権者氏名) **水野 梅子** は、
この度、(手術申込者氏名) **水野 さくら** の、
(手術名) **二重埋没法** の手術を受けることに同意致します。

◆同意日◆

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

◆ご住所◆

〒 **123 - 4567** .

愛知県名古屋市○○区○-○-○ .

◆親権者ご連絡先◆

(携帯電話番号) **090 - 1234 - 5678** .

◆親権者氏名◆

水野 梅子

水野

★必ず**親権者本人の直筆**でご記入ください。

★手術名は**正式名称**をお書きください。

例：二重埋没法・二重切開法・鼻のプロテーゼ・涙袋のヒアルロン酸・鼻のヒアルロン酸・脂肪溶解注射など。

★捺印は**シャチハタ製品不可**。

★同意書の確認後、本書を記入された親権者へ確認電話をさせていただきます。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。

★その他ご不明点がありましたら、下記フリーダイヤルまでお気軽にお問い合わせ下さい。

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)