

未成年者用

NDクリニック 院長殿

手術同意書

この度、(患者様氏名) _____ が、NDクリニックにて

(施術名) _____ の施術を受けること

に同意いたします。

同意日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名 _____ (印)

本人との続柄 _____

住 所 _____

連絡先電話番号 _____



〒530-0056 大阪市北区免我野町15-13 ミユキビル5F
TEL: 06-6315-0210