

親権者同意書

すぎうら形成外科・皮フ科 御中

私の(続柄)_____である_____が、すぎうら形成外科・

皮フ科において_____施術・手術を

受ける事に同意します。

西暦_____年_____月_____日

住所_____

親権者_____ 印

※この書類は必ず法定代理人(親権者)ご本人様にご記入ください。

<施行者>

すぎうら形成外科・皮フ科

〒488-0804 愛知県尾張旭市西の野町5丁目70番2

TEL : 0561-53-8801 / FAX : 0561-53-8802