

同意書

池袋サンシャイン美容外科 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意いたします。

施術内容

申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
年齢 歳	
住所	
電話番号 () -	

法定代理人氏名	印
申込者との関係	
住所	
電話番号 () -	

保護者の方へ

患者様が未成年の場合、治療にあたり保護者の方の同意が必要となります。

その為、基本的には保護者の方の同伴の上、カウンセリングにお越しいただきますようお願いしております。

しかしながら、ご遠方の方でどうしてもご来院が難しい場合に限り当、同意書にて同意確認をさせていただいております。

ご不明点やご質問がございましたらお電話にていただければと存じます。

ご記入の際は必ず保護者の方の直筆にてお願いいたします。

池袋サンシャイン美容外科

東京都豊島区東池袋1-15-3 9F

03-3987-5115