

同意書

共立美容外科 大分 御中

私の子である (氏名) _____ が、共立美容外科大分において

(手術名) _____ 手術を受けることに同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者住所 _____

親権者氏名 _____ 印

本人住所 _____

本人氏名 _____ 印