

20歳未満の患者様および保護者の方へ

20歳未満の患者様の手術・施術のお申し込みには、保護者様の同意が必要となります。
下記に必要事項をご記入頂き、押印の上ご提出下さい。

記入日 西暦 年 月 日

リビジョンクリニック 宛

同意書 (未成年用)

■ 手術・施術申込者氏名 ■ _____ (満 歳)

私は、上記の者に対する

_____ の手術・施術・治療に同意致します。

■ 保護者様 ■ 氏名 _____ 印

患者様との続柄 _____

住所 〒 _____

連絡先 (ご自宅) _____

(携帯) _____

※治療前までにリビジョンクリニックへご提出をお願い致します。
ご来院・郵送・FAX (03-3272-5777) にてお受け致しております。

■お問い合わせはこちらへ■

リビジョンクリニック TEL : 03-3272-5666 (受付 10 : 00~19 : 00)

〒103-0027 東京都中央区日本橋 2-2-2 マルヒロ日本橋ビル 3F