

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
池本形成外科・美容外科 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) -				

※治療前までに池本形成外科・美容外科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■

池本形成外科・美容外科 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 3階