

カルテ No. _____

同意書

恵聖美容外科クリニック 御中

私の子である _____ が、恵聖美容外科クリニックにおいて
_____ 手術を受けることに同意致します。

つきましては恵聖美容外科クリニックとの診療契約を取り消すことは致しませんし、
施術をされたことに対し一切の異議申し立てを致しません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者名 _____ 印

住所 _____