

## 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	平成	年	月	日
池本形成外科・美容外科 宛					
<b>同意書</b> (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 (042-548-7447)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: 042-548-7448 (受付 10:00~19:00)

〒 190-0012 東京都立川市曙町 2-18-17 町田ビル 4F