

# 同意書

帯広中央美容形成外科クリニック 殿

\_\_\_\_\_ が  
\_\_\_\_\_ の手術を受けることに  
同意致します。

平成 年 月 日

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_