

コーラルビューティークリニック 御中

手術承諾書

私は、施術申込者の法的代理人として、貴院での下記手術に同意します。

記

手術名

申込者名					
生年月日	年	月	日生	年齢	満 歳
住所	〒 ー				
電話番号					

※上記事項は、親権者もしくは申込者（未成年者）どちらかがご記入ください。

申込日 年 月 日

親権者名	Ⓜ				
続柄					
住所	〒 ー				
電話番号					

※ 上記事項は必ず親権者本人様をご記入ください。

以上