

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	〒					—
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	〒					—
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