

# 同意書

私 \_\_\_\_\_ は、未成年である \_\_\_\_\_ が  
平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日、クリスタル美容外科にて  
\_\_\_\_\_ 手術を受けることに同意致します。  
手術について同意しました上は、貴院に対し一切の意義申し  
立て等致しません。

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩