

親権者同意書

ワイエス美容外科クリニック 津院 御中

私の_____である_____が、ワイエス美容外科クリニックにおいて
_____手術を受ける事に同意します。

_____年____月____日

住所_____

親権者_____ ⑩

※この書類は必ず法定代理人（親権者）ご本人様をご記入ください。

< 施行者 >

ワイエス美容外科クリニック 津院
三重県津市羽所町 345 番地 津駅前第一ビル 4F
TEL:059-221-5187