

# 手術治療同意書

令和 年 月 日

銀座ファインケアクリニック 御中

申込者が下記の施術を受ける事に同意します。

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
電話番号			
対象手術	腋臭症治療（皮弁法）		

※保護者の方と同伴でご来院の際は、保護者の方1名様とご本人1名様の2名様までとさせていただきます。

親権者氏名 (法廷代理人)	印		
生年月日	西暦 年 月 日	申込者との関係 (続柄)	
住所	〒 ※お申込者と異なる場合のみご記入下さい		
電話番号	※お申込者と異なる場合のみご記入下さい		