

## 手術・施術同意書

この度、(患者様氏名) \_\_\_\_\_ が、東京皮膚科・形成外科にて  
(手術・施術名) \_\_\_\_\_ の手術・施術を  
受けることに同意いたします。

同意日:平成            年            月            日

親権者氏名: \_\_\_\_\_

印

**東京皮膚科・形成外科 日本橋院**

住所：東京都中央区日本橋人形町3-12-11 グランデ人形町4階

TEL：03-6231-1555

営業時間：11:00～20:00

定休日：日曜日・月曜日