

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: 年 月 日

親権者氏名: _____



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