

手術治療同意書

平成 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）						

親権者（法定代理人）氏名	印						
申込者との関係（続柄）							
住所 お申込者と異なる場合 のみご記入ください	〒						
電話番号 お申込者と異なる場合 のみご記入ください							