

# 手術治療同意書

銀座ファインケアクリニック 御中

令和 年 月 日

申込者が下記の施術を受ける事に同意します。

申込者名			
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	