

Beauty Timone 宛

記入日 平成 年 月 日

同意書 (未成年用)

■手術申込者氏名■ _____ (満 才)

■同意文■ 【文例】 子供、(お子様の氏名)の二重手術に同意します。
子供、(お子様の氏名)のホクロ除去に同意します。

■手術予定日時■ 年 月 日 (予約時間 :)

■受診クリニック Beauty Timone

■保護者氏名■ _____ 印

続柄 _____

■住所■ 〒 _____

■連絡先■ _____ (ご自宅) - -

_____ (携帯) - -

■お問い合わせはこちらへ■

Beauty Timone 046-865-〇〇〇

神奈川県 横須賀市追浜3丁目2-8 M・Kビル2F
診療日 月曜日-土曜日 10:00AM-20:00PM (受付は9:30より)
休診日 第1・3・5金曜・日曜・祝日 ※第2・4金曜は診療