

同意書

私の子である_____が純心美容外科クリニックに

において_____手術を受けることに同意しますので、

貴院との診療契約を取り消すことは致しません。

また、手術されたことについては一切異議を申しません。

平成 年 月 日

親権者住所_____

親権者氏名_____ 印

以下の手術_____に対して

費用_____とさせていただきます。

純心美容外科クリニック 院長 加藤 純