

19歳以下の方は、こちらの手術承諾書を親権者の方にご記入頂き、お持ち下さいませ。

## 手術承諾書

私、 \_\_\_\_\_ は、患者、 \_\_\_\_\_ が、  
(親権者のお名前)

\_\_\_\_\_ 手術を受けることを、親権者として承諾致します。  
(※下記治療内容一覧をご参照下さい)

治療内容	1. シミ 2. ソバカス 3. ホクロ 4. イボ 5. 血管腫・赤ら顔 6. ケミカルピーリング 7. レーザー脱毛 8. ピアス 9. ワキガ・多汗症 10. シワ 11. ヒアルロン酸 12. ボトックス注射 13. ニキビ・ニキビ痕 14. 包茎 15. 痩せる薬 16. 男性型脱毛症 17. プラセンタ注 18. その他 ( _____ )
------	--

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者氏名 \_\_\_\_\_ 印

親権者住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

親権者連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

患者住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_