

# 同意書

20歳未満の未成年で手術・処置をご希望の方は保護者の同意が必要になります。

(名前) \_\_\_\_\_ の (手術名) \_\_\_\_\_

手術・処置に同意致します。

ドーズ美容外科 殿

年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印