

20歳未満の患者様へのお願い

20歳未満の患者様の手術・施術のお申込みには、保護者様の同意が必要となります。

下記に必要事項をご記入頂き、押印の上ご提出ください。

同意書

_____の手術・施術に同意致します。

患者様 氏名 印

住所

保護者様 氏名 印

患者様との続柄

住所

電話番号

平成 年 月 日

ご提出はご来院又は郵送・FAXにてお願い致します。

恵比寿ウエストヒルズクリニック

〒150-0021 東京都渋谷区恵比寿1-4-2 川田ビル4F

TEL 03-5489-0333 FAX 03-5489-0334