

手術同意書

※本同意書は、全て親権者の方が直筆にてご記入ください。

私（親権者氏名） _____ は
この度（手術申込者氏名） _____ が下記の手術を受ける事に同意します。

施術名
施術代（税込） _____ 円

施術予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者氏名：
（未成年）
ご住所：

生年月日：
電話番号： 自宅 _____ 携帯 _____

●同意日●
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●親権者ご連絡先●
_____（携帯電話番号）

●親権者氏名●
_____ 印 続柄 _____

※ご記入いただく氏名は全てフルネームでお書きください。

※押印欄には、捺印もしくは名字の署名をお願いします。

※当院は上記同意書を親権者記入の物と判断し、対応させていただきます。

いただいた同意書に虚偽や相違の深刻があった場合、それによって生じた事故やトラブル等いかなる損害に関しても、当院は一切の責任を負いかねます。

※医師とのカウンセリングにて手術内容が変更になった場合、その都度同意書が必要になります。

※一度行なった二重埋没の掛け直しの場合は抜糸を伴う場合がございます。その際は追加料金が発生いたします。