

手術・施術同意書

この度、(患者様氏名) _____ が、イーストワン皮膚科・形成
外科にて (手術・施術名) _____ の
手術・施術を受けることに同意いたします。

同意日:平成 年 月 日

親権者氏名: _____ (印)

イーストワン皮膚科・形成外科

住所：東京都港区港南2-16-1品川イーストワンタワービル3

TEL：03-5479-3388

営業時間：11:00～20:00