

手術・施術同意書

この度、(患者様氏名) _____ が、芝浦B.クリニックにて

(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： 年 月 日

親権者氏名： _____ (印)

芝浦B.クリニック

住所：東京都港区芝浦3丁目13-11 Medical Square 芝浦 4F

TEL：03-6809-3393

営業時間：10:00～19:00