

同意書

美容外科形成外科 川崎中央クリニック殿

(治療を受ける方のご氏名)

夫 _____ が美容外科形成外科 川崎中央クリニックにてパイ
プカット手術を受けることに同意いたします。

年 月 日

同意者 _____

治療を受ける方との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____