

# 同意書

美容外科形成外科 川崎中央クリニック 殿

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

平成 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ (印)

治療を受ける方との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_