

# 同意書

私 \_\_\_\_\_ は、未成年である \_\_\_\_\_ が  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日、クリスタル美容外科にて  
\_\_\_\_\_ 手術(施術)を受けることに同意致します。

手術(施術)について同意しました上は、貴院に対し一切の意義  
申し立て等致しません。

また、手術(施術)代金のお支払いにつきましても法定代理人として  
連帯して債務を負うことを約束致します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

保護者(法定代理人)氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

保護者(法定代理人)生年月日 \_\_\_\_\_