

保護者の手術承諾書  
Parental Consent for minors

令和 年 月 日

十仁美容整形 JUJIN COSMETIC SURGERY

私は貴病院におきまして、私の娘／息子が整形手術を受けることを承諾いたします。

I consent to have my daughter or son to have cosmetic surgery at JUJIN HOSPITAL.

(患者)	住所	氏名
(Patient)	Address	Signature

(保護者)	住所	氏名
(Parent)	Address	Signature