

## 手術・施術同意書

この度、(患者様氏名) \_\_\_\_\_ が、NEW FACE AESTHETIC  
CLINIC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： 20      年      月      日

親権者氏名： \_\_\_\_\_ (印)

NEW FACE AESTHETIC CLINIC

住所：東京都港区麻布十番4-1-1 MAXPLAN AZABU10ビル 5F

TEL : 03-6722-6795