

同意書(未成年用)

ご記入日 西暦 年 月 日

手術申込者氏名	様	手術申込者年齢	満 才
同意文	※文例: 子供、マロズスキン花子(お子様の氏名)の二重手術に同意します。 ※文例 子供、マロズスキン太郎(お子様の氏名)のホクロ除去とニキビ治療に同意します。		
手術予定日時	西暦 年 月 日	ご予約時間	:

保護者様情報

氏名	様 印	続柄
住所	〒	
連絡先	ご自宅電話番号 :	
	携帯電話番号 :	

<ご不明な点はお問い合わせください>



マロズスキンクリニック
お問い合わせ電話番号: 072-276-4133

〒591-8002
大阪府堺市北区北花田町3丁目18番18号
ジョイフルフタパビル2階