

施術に関する同意書

医療法人 JUNO

CLINIQUE J 形成外科

私、_____（保護者／成人）は、_____（続柄）である
_____（被施術者）が

医療法人 JUNO CLINIQUE J 形成外科で診察・カウンセリングを
受ける事について同意します。

また、施術内容に関する診察・カウンセリングに同席できない為、被施術者が
カウンセリング後に施術を希望した場合には、その意思を尊重し、施術を受け
る事について同意します。

なお、被施術者が医療法人 JUNO CLINIQUE J 形成外科で受ける診
察・カウンセリング・施術において一切の異議申し立ては致しません。

西暦 20____年____月____日

同意者署名_____続柄_____印

同意者住所_____

被施術者署名_____印