

未成年人适用

致 东京形成美容外科

填表日期

年

月

日

同意书

手术名称

拟行手术日期

年

月

日

申请人同意由贵院实施上述手术。

申请人姓名	
住址	邮编
申请人姓名	年 月 日 (满 岁)
联系电话	住宅: 手机:

※申请人愿意提供打版服务的, (同意 • 不同意) 为打版实施上述手术。←请打 “○” 回答。

亲权人姓名※

㊟

亲权关系

住址 邮编

联系电话 住宅:
手机:

※ 须由亲权人本人签名、盖章。