

<同意書>

私は、今回の二重まぶた埋没法の手術および麻酔について
その方法、効果、副作用など詳しい内容を理解したうえで
この治療法を受けることに私は同意いたします。

平成 年 月 日

ご署名

印

保護者・同伴者
ご署名

印

※当クリニックでは20歳未満の方は、
保護者の署名がないと施術できません。

ヒルズ美容クリニック 院長 丸山成一