

未成年患者同意书

西历 年 月 日

我在本院接受治疗时，已收到有关治疗细节的说明（治疗原理和方法、预期效果、预计可能出现的并发症和副作用、治疗前后的护理、费用等），理解并同意内容，并同意申请人（未成年人）接受以下治疗。

姓名			
出生年月日	西历 年 月 日	年龄	满 岁
住所 (请填写日本的地址)	邮编:		
电话号码			
手术名			
监护人姓名			
与监护人的关系			
(若监护人与被监护人非同一住址，请填写下方表格)			
住址 (请填写日本或中国的地址)	邮编:		
电话号码			

【联系方式】

Lively Clinic (Lively 医美诊所)

电话: 03-6809-1297

地址: 〒105-0013 东京都港区滨松町 2 丁目 1-25 SVAX 大门大厦 5 楼

主管医师: 林 政男