

# 同意書

私は、 \_\_\_\_\_ の、

- ほくろ（しみ、イボ、その他）を取ることに同意すること
- 二重まぶたの施術をすることに同意すること

に同意いたします。

平成      年      月      日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印