

____年 ____月 ____日

致 东京美容外科

监护人同意书

作为申请人法律上的代理人，同意在贵院进行以下手术。

手术名称 _____

※ 由监护人或者申请者本人（未成年）填写

申请者			
出生年月	____年 ____月 ____日生	年龄	____
地址	〒 _____		
电话号码			

※ 以下项目必须由监护人本人填写

申请者	Ⓜ		
亲属关系			
地址	〒 _____		
电话号码			

以上