

配偶者同意書

令和 年 月 日

ドクターミナガワ渋谷整形御中

私は、申込者が、貴院において下記の治療・処置を受ける事に同意します。

治療名：パイプカット

申込者氏名	印						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
住所							
連絡先							

※この欄は必ず配偶者ご本人様がご記入ください。

配偶者氏名	印						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
住所							
連絡先							