

配偶者同意書

平成 年 月 日

共立美容外科 宇都宮院 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をご記入ください。

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

※術後の精液検査は2カ月以内に必ずお越し下さい。
2カ月後以降の検査は有料となりますので、ご注意下さい。