

年 月 日

ユリシスクリニック 御中

ご家族同意書

私は、施術申込者の配偶者として、貴院での申込者の下記施術に同意します。

記

施術内容（睪丸摘出術/睪丸摘出術＋陰嚢除去）

*ご希望の施術に○で囲んでください。

（施術を希望する本人記入欄）

本人の氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒 —		
電話番号			

（配偶者記入欄） *下記事項は必ず配偶者ご本人が記入ください。

配偶者の氏名			印
続柄			
住所	〒 —		
電話番号			

以上