

# 保護者同意書

ひのうえ皮膚科形成外科クリニック殿

被施術者(未成年) \_\_\_\_\_ が貴院にて(内容) \_\_\_\_\_  
を受けることに同意します。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

被施術者(未成年者) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保護者 続柄 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

ご記入にあたっては必ず保護者の方の直筆でお願い致します