

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(未成年者) _____ が貴院にて(内容) _____

を受けることに同意します。

平成 _____ 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をお願い致します