

# 同意書

平成 年 月 日

## 保護者の方へのお願い

患者様が未成年でいらっしゃる為、治療を行うにあたり保護者の方の同意が必要となります。

お手数ですが必要事項をご記入ご捺印の上、治療当日までに当院までご提出下さい。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願い致します。

### ●受診者記入欄

受診者					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -				
電話番号					

### ●保護者記入欄

受診者が上記治療を受ける事を承諾します。

氏名					印
続柄					
住所	〒 -				
電話番号					



Sono Medical Beauty & healthcare Clinic

Sono  メディカル 美容&ヘルスケアクリニック

「若さ」「美しさ」「健康」をトータルプロデュース

〒510-0944 三重県四日市市笹川3丁目35

TEL:059-325-7148 ナインワ