

同意書

令和 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  メディカル美容クリニック 九の城院

〒510-0072 四日市市九の城町 4-16 メゾン鹿 3F TEL:059-325-7148

ナイスワ