

同意書

あゆ皮フ科クリニック御中

私は、親権者として、(患者様氏名)_____

が貴院にて、(内容)_____

の施術・処方を受けることに同意いたします。

実施日 年 月 日

(同意書記載日) 年 月 日

親権者氏名_____印 続柄()

住所

電話番号

.....

親権者の方へのお願い *必ず親権者の直筆でご記入ください。

*印鑑はシャチハタ以外のものをご使用ください。