

未成年者治療同意書

ゆう皮膚科クリニック御中

私は、親権者として（患者様氏名）_____が貴院にて

（施術名）_____の施術・処方を受けることに

同意いたします。

（同意書記載日）_____年_____月_____日

施術実施日 _____年_____月_____日

親権者氏名 _____ ⑩

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