

未成年の方がご施術を受けられる場合、保護者の方の同意が必要となります。
来院時に同伴して頂くか同意書をお持ち下さい。同意書には、直筆で保護者(親権者)
の方のお名前と認印(シャチハタ不可)をお願い致します。

同意書

伏見駅前陳皮フ科形成外科クリニック 御中

私の子である_____が、伏見駅前陳皮フ科形成外科クリニック

において

_____の 施術 を受けることに同意致します。

つきましては、伏見駅前陳皮フ科形成外科クリニックとの診療契約を取り消すことは

いたしません。また、施術をされたことに対して一切の異議申し立てを致しません。

平成 年 月 日

保護者(親権者)名

Ⓜ

住所