

保護者治療同意書

東京銀座スキンケアクリニック 宛

私は()の保護者として東京銀座スキンケアクリニックにおいて
(悩み))に関する治療を受けることに同意致します。

同意日 年 月 日

住所

保護者氏名

印

※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、治療当日お持ちくださいますよう、よろしくお願いたします。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願いいたします。



TOKYO GINZA SKINCARE CLINIC