

未成年者用同意書

和皮ふ科クリニック院長 殿

私_____は、未成年者のため貴院での治療や施術に対し、
事前に親権者の同意を得ていることを証明します。

希望施術内容: _____

記載日: _____年 _____月 _____日

【親権者】 ※親権者の方がご記入ください。

氏名: _____印 (続柄; _____)

生年月日: _____年 _____月 _____日(_____歳)

住所: _____

携帯番号: _____

【本人】 ※本人がご記入ください。

氏名: _____

生年月日: _____年 _____月 _____日(_____歳)

住所: _____

携帯番号: _____