

同意書

うえだ皮膚科内科クリニック御中

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 _____ 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。