

同意書

保護者の方へのお願い

_____年 _____月 _____日

患者様が未成年でいらっしゃるため、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うえ治療当日までに当院までご提出ください。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願い致します。

所在地:

TEL:

事業所名:

治療名 ご希望の治療名を○で囲んでください

1. 脂肪吸引 2. 豊胸 3. 若返り 4. 顔(目・鼻・輪郭)
5. わきが・多汗症 6. 美肌・スキンケア 7. レーザー脱毛 8. 婦人科 9. タトゥー

受診者					
生年月日	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒 -				
電話番号					

保護者様記入欄

受診者が上記治療を受ける事を承諾します。

氏名					印
続柄					
住所	〒 -				
電話番号					