

未成年者用同意書

私は、親権者として、

(患者様氏名) _____ が、大山皮膚科形成外科にて

20 年 月 日の

(内容) _____ の 施術・処方を

受けることに同意いたします。

(同意書記載日) 年 月 日

親権者氏名 _____ (自署) 続柄 ()

住所 _____

電話番号 _____

.....

【親権者の方へのお願い】

*必ず親権者の方の直筆・フルネームでご記入ください