

同意書

私は親権者として、なかの耳鼻科・美容皮膚科にて_____（本人氏名）の
20 年 月 日の _____ に関する施術・処方を行うことに
同意致します。

(本人)

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

(親権者)

同意書記載日 _____ 年 月 日

親権者氏名 _____ (自署)

続柄 ()

住所 _____

電話番号 _____

※必ず親権者ご本人様にご署名をお願いいたします

※施術当日、確認のために当院から親権者の方にご連絡させていただく場合がございます