

同意書

私は、クリニック大阪心斎橋において _____ (本人氏名) の
_____ に関する施術・手術を行うことに
同意致します。

(本人)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

氏名 _____

(親権者)

〒

住所 _____

連絡先 _____ (_____)

氏名 _____ 印 (続柄: _____)

※必ず親権者ご本人様が署名・捺印してください