

親権者同意書

この度、(患者様氏名) _____ が、

神戸元町ビューティークリニックにおいて

(施術名) _____ の手術を受けることに

同意致します。

同意日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名 _____ 印

続柄: _____

ご住所: _____

ご連絡先: _____