

カルテNo.

麗ビューティー皮フ科クリニック 御中

親権者同意書

私の子である _____ が、麗ビューティー
皮フ科クリニックにおいて _____ 手術を
受けることに同意致します。

つきましては麗ビューティー皮フ科クリニックとの
診療契約を取り消すことは致しませんし、施術を
されたことに対し一切の異議申し立てを致しません。

年 月 日

親権者名： _____ (印)

続柄：

住所：