

# 同意書

SK新宿歌舞伎町美容外科・美容歯科クリニック御中

私は、親権者として、(患者様氏名) \_\_\_\_\_ が、貴院にて、  
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でご記入ください

\*用紙はこの用紙でなくても構いません。