

西宮とくい形成外科

TOKUI CLINIC Anti-aging Lab

親権者 同意書

西宮とくい形成外科 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 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏 名(親権者自筆)

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。