

親権者 同意書

さの皮膚科クリニック 御中

私は、親権者として、(患者様氏名) が

貴院にて、令和 年 月 日 の

(内容) の施術、処方を受けることに、

同意致します。

(同意書記載日) 令和 年 月 日

親権者氏名 印

続柄

住所

電話番号

※親権者の方へお願い
必ず親権者の直筆でご記入下さい。