

未成年(高校生以下)の患者様用 保護者同意書

このたび、保護者氏名； _____ はとやま内科皮膚科にて

未成年者氏名： _____ が施術名： _____ の

治療を受けることを承諾し、依頼いたします。

日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者住所： _____

保護者氏名： _____ 印

未成年者住所： _____

未成年者氏名： _____