

## 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： \_\_\_\_\_