

同意書

_____年 _____月 _____日

私は、阪神尼崎駅前皮膚科スキンクリニックにおいて

_____ (本人氏名)の

_____に関する施術・手術を行うことに

同意致します。

(本人)

生年月日 _____年 _____月 _____日 (_____ 歳)

氏名 _____

(親権者)

〒 _____

住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

※必ず親権者ご本人様が署名・捺印してください