

同意書

私は、安田皮膚科において_____ (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