

親権者同意書

新名クリニック
(院長 新名 法子) 宛

受診者 _____ の親権者として、受診者自身で
医師の説明を理解し、脱毛・ピアス・その他(_____)の
施術を受けることに同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診者(本人)

氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

親権者

氏名 _____ (印)

住所 _____

自宅
携帯 _____

皮フ科 形成外科 美容皮フ科

 新名クリニック
SHIMMYO CLINIC

TEL : 0745-77-6544

Medical Spa
& PRINCESS

Produced by Dr.Noriko

御予約専用 : 0745-77-8544

