

同意書

私（保護者氏名） _____ は、

治療・手術を希望する（本人氏名） _____ の

保護者であり、未成年者である本人がみやざき美容クリニックにて
治療・手術を受けることに同意します。

年 月 日

住所

TEL

保護者署名 _____ (印)

※代筆不可となります。（続柄 _____）