みやざき美容クリニック　宛

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・手術を受ける事に同意します。

令和　　年　　月　　日

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印