

No. _____

保護者同意書

自由が丘松原皮ふ科・形成外科 御中

私 _____ は、未成年である _____ が今回受ける
施術（ _____ ）に関して医師から受ける説明を十分に理解・判断する能力
があると認め、私の同席なし _____ が施術（ _____ ）
に 受けることに同意しま
す。

以下 保護者自筆記入欄

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____ 印