

同意書

バールクリニック御中

私は、親権者として（患者様氏名） _____ が、貴院にて
20 年 月 日の（内容） _____
の施術を受ける事に同意致します。

（同意書記載日） _____ 年 月 日

親権者氏名 _____ （自署）

続柄 （ _____ ）

住所 _____

電話番号 _____