

親権者同意書

_____が、下記の診療・施術の説明について十分に理解し、
自己の利益とリスクに関する判断が可能であることを認め、わたなべ皮膚科と
同意の上、診療・施術にかかわる費用の支払いをすることを親権者として同意
いたします。

施術内容

※ 該当する施術の□部分にチェックを入れてください。

- ケミカルピーリング
- ピアッシング
- その他施術

令和 年 月 日

わたなべ皮膚科 院長 渡邊 佳恵

上記内容の説明を受け、理解・納得しましたので治療を受けることに同意します。

令和 年 月 日

依頼者住所： _____

依頼者氏名： _____ 印

親権者氏名： _____ 印