

親権者同意書

わたなべ 太郎が、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： 横浜市港北区日吉○丁目○-○

依頼者氏名： わたなべ 次郎 印

親権者氏名： わたなべ 太郎 印