

同意書

ポムクリニック御中

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