

# 保護者同意書

精美スキンケアクリニック殿

\_\_\_\_\_が

\_\_\_\_\_の手術・治療を受ける事に

同意致します。

年 月 日

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_