

年 月 日

親権者同意書

私は _____ が、さわこ形成外科クリニックにて
_____ の施術を受けることに同意いたします。

施術を受ける本人(未成年)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 平成 年 月 日生 _____

親権者

住 所 _____

氏 名 _____

間 柄 _____

親権者署名 _____

印 _____



SAWAKO CLINIC

さわこ形成外科クリニック