

診療同意書

新宿美容外科クリニック 御中

この度貴院にて診療が行われることを保護者として同意いたします。

20 年 月 日

施術を受けられる方の氏名： _____

診療内容： 医療脱毛・ピアス穴あけ _____

保護者氏名： _____ 印

ご住所： _____

お電話番号： _____

以上