18歳未満の方で治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

同意書

武岡皮膚科クリニック 殿

(治療を受ける方の氏名) ______________________が

（手術・治療名） ______________________________を

武岡皮膚科クリニックで受けることに同意いたします。

年　　月　　日

保護者氏名 ____________________ 印

治療を受ける方との続柄 __________

住所 ____

電話番号______________________

TAKEOKA

武岡皮膚科クリニック