

20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