

同意書

私は、クリニック福岡天神にて_____（本人氏名）の
_____に関する施術・手術を行うことに同意致します。

（本人）

生年月日_____年_____月_____日（_____歳）

氏名 _____

（親権者）

住所 _____

連絡先 _____

氏名 _____ 印 （続柄：_____）

※必ず親権者ご本人様が署名・捺印してください。