同意書

20 歳未満の未成年の方で治療をご希望の方は、保護者の同意が必要になります。

(施術を受ける方のお名前) 　　　　　　　　(治療名)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　の

治療に同意致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　　日

やまもと形成外科クリニック
　院長 山本光宏　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所 〒

　　　　　　　　　　　　　　保護者名 　　　　　　　　印