

20歳未満の方で手術・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

中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

\_\_\_\_\_が

(手術・治療名)

医療 レーザー脱毛 施術を

中央クリニックで受けることに同意いたします。

平成 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 \_\_\_\_\_