

同意書

20歳未満の未成年で治療をご希望の方は保護者の同意が必要になります。

(施術を受ける方のお名前)

(治療名)

の

治療に同意致します。

治療日

年

月

日

住所 〒

保護者名

印

やまもと形成外科クリニック

院長 山本光宏

新潟市中央区本町通7番町1085

(025) 223-2926