

カルテNo.

あきこ皮膚科クリニック 御中

親権者同意書

私の子である _____ が、

あきこ皮膚科クリニックにおいて _____ を

受けることに同意を致します。

つきましてはあきこ皮膚科クリニックとの診療契約を取り消すことを致しません。また施術をされたことに対し一切の異議申し立てを致しません。

令和 年 月 日

親権者名：

⑩

続柄：

住所：