

# 同意書

私は、西宮ガーデンズ皮膚科スキンクリニックにおいて

(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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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