



形成外科・美容皮膚科

みやびクリニック

親権者同意書

_____ が

診療・施術の説明を十分に理解し、ご自身の利益とリスクについて判断が可能であることを認め、みやびクリニックとの診療契約を交わすことに親権者として同意いたします。

親権者様氏名

印

親権者様住所 〒

患者様氏名

患者様住所 〒

平成 年 月 日