

20歳未満の患者様へお願い

この度は治療のお申し込みを賜り、まことにありがとうございます。
20歳未満の患者様のお申し込みには、父母または保護者の同意が必要です。
下記に必要事項を記入いただき、押印の上ご提出ください。

同意書

渋谷美容皮膚科クリニックへの申し込み、治療に同意します。

○申込者 氏名(患者様本人) _____

○父母または保護者
氏名 _____ 印 _____

住所 _____

本人との続柄 _____

○治療期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 日間

○治療内容 _____

渋谷美容皮膚科クリニック
〒150-0002
東京都渋谷区渋谷 2-10-15 NV I Bldg. 8階