

保護者同意書

小倉中央美容形成クリニック 御中

本日、依頼者： が

『術名： 』の手術を受ける事に同意致します。

治療方針や治療内容については十分説明を受けすべて了承致しました。

尚、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医療的に必要な処置が

発生した場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

平成 年 月 日

依頼者：

住所

氏名

印

保護者：

住所

氏名

印

続柄（ ）

小倉中央美容形成クリニック

〒802-0001 北九州市小倉北区浅野 2-14-1

小倉興産 KMM ビル 1F

TEL：0120-654-103