

# 保護者同意書

美容皮膚科 ローズマリークリニック 殿

私は、下記の被施術者が貴院において\_\_\_\_\_の  
施術を受ける事に同意します。

被施術者名 : \_\_\_\_\_

保護者名 : \_\_\_\_\_ 印

保護者同伴での来院の場合は捺印不要です。  
保護者が来院されない場合は、捺印がないと無効です。

住所(〒 \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 神奈川県 \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

こちらが万が一、不正に記入されたものであり、それを提出された場合でも、当院では一切の責任を負いません。  
また、そのような場合は今後、当院での診療に制限をさせて頂く場合もあります。