

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

保護者電話番号：_____

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、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。