

同意書

私は、親権者として、(未成年患者様) _____ が、
B-CLINIC での(内容) _____ の、
施術、処方を受けることを了解し、同意いたします。

※施術内容同意書は、患者様ご本人にご署名いただきます。

B-CLINIC 担当医 本庄孝江

同意年月日 年 月 日

親権者氏名 _____ (自署)

続柄 ()

連絡先 住所

電話番号