

保護者承諾書

渋谷美容外科クリニック 御中

この度、貴院にて下記診療(診察及び手術)が行われることを、保護者として承諾いたします。

20 年 月 日

(診療名)

(診察を受けられる方のご氏名)

(保護者ご氏名)

Ⓜ

(ご住所)

(電話番号)
