

施術に関する同意書

クリニックフォア グループ 宛

この度、保護者_____（保護者氏名）は、
_____（未成年者氏名）の_____（施術名）の

施術実施に同意いたします。

施術に伴う合併症・副作用の内容、貴院の方針を十分に理解いたしました。

_____年_____月_____日

保護者氏名_____印
〒

保護者住所_____

保護者連絡先_____（電話）