

親権者の承諾書

患者氏名 _____ 様

性別： 男 女

生年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療内容： _____

(例:ヒアルロン酸注入等)

親権者である私 _____ は、

患者である _____ に対して、

青山外苑前クリニックでおこなわれる治療内容を理解し、その実施を承諾いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名： _____ ⑩

住所： _____

連絡先： _____

〒107-0061

東京都港区北青山3-7-2-2F

青山外苑前クリニック

TEL:03-5772-4575 FAX:03-5772-4577