

## 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