



かずさ形成スキンクリニック 親権者同意書

(患者名) _____ が
診療・施術の説明について十分に理解し、自己の利益とリスクに関する判断が可能であることを認め、かずさ形成スキンクリニックとの診療契約を交わすことを親権者として同意します。

親権者氏名 _____ ⑩

親権者住所 〒 _____

患者氏名 _____

患者住所 〒 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日