

No. _____

保護者同意書

渋谷駅前おおしま皮膚科御中

私 _____ は、未成年である _____ が今回受ける
施術（ _____ ）に関して医師から受ける説明を十分に理解・判断する能力
があると認め、私の同席なしに _____ が施術（ _____ ）
を受けることに同意します。

以下 保護者直筆記入欄

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____ 印