

同意書

鹿児島ラミュー美容形成外科クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

_____ が

(治療名)

_____ 治療を

鹿児島ラミュー美容形成外科クリニックで受けることに同意いたします。

年 月 日

保護者氏名

④

治療を受ける方との続柄

住所

電話番号

18歳未満の方が手術・治療を希望される場合は、保護者の承諾が必要になります。