

保護者同意書

ひろみ皮膚科クリニック御中

私_____は、申込者_____の親権者（法定代理人）

として、申込者が医師から受ける説明を十分に理解・判断する能力があることを

認め、申込者の意思を尊重し、貴院において私の同席なしに施術（_____）

を受けることに同意します。

以下 親権者直筆記入欄

住所_____

電話番号_____

保護者署名_____