

未成年の方は、この処置承諾書を親権者の方にご記入頂き、クリニックまでお持ち下さい。

処置 承諾書

びえなクリニック 宛

私、 _____ は、患者、 _____ が、
(ご両親又は親権者のお名前) (実際に処置を受ける方のお名前)

処置療内容 (○で囲むか、カッコ内に処置を記入して下さい。)

1. 美容処置 (二重手術)
2. ピアス (耳 軟骨 へそ)
3. 他 ()

上記処置を受けることを、親権者として承諾致します。

平成 年 月 日

(ご両親または親権者のお名前 御連絡先)

親権者氏名 _____ 印

親権者住所 〒 _____

親権者連絡先 (できましたら携帯電話番号) _____

(実際に処置を受ける方のお名前 御連絡先)

患者氏名 _____

患者住所 同上 〒 _____

患者連絡先 (携帯電話番号) _____

びえなクリニック 院長 殿