

戸塚小林皮ふ科 御中

保護者同意書

私 _____ は、未成年である _____

が今回受ける施術・治療に関して、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、私の同席なしに施術・治療を
受けることに同意します。

年 月 日

住所 _____

保護者氏名(自筆) _____