保護者治療同意書

広尾プライム皮膚科　宛

私は（　　）の保護者として広尾プライム皮膚科において

（（悩み）　　）に関する治療を受けることに同意いたします。

同意日　　年　　月　　日

保護者氏名　　㊞

住　所

連絡先　　（　　）

＊保護者の方へのお願い
患者様が未成年でいらっしゃる為､治療を行うにあたり保護者の方の同意が必要となります。
お手数ですが必要事項をご記入ご捺印の上、治療当日お持ちくださいますよう、よろしく
お願いいたします。
確認の為ご連絡させていただく場合がございますのでご了承くださいませ。
なお、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願いいたします。

10-04