

未成年者の方へ

メディエススキンクリニック

未成年者の方が当クリニックで契約され治療を受ける場合は、下記の内容に準じた保護者の方の同意書が必要です。本同意書を保護者の方に自筆にてご記入いただいた上で、当クリニックまでご持参ください。

同意書

メディエススキンクリニック 御中

私は、 _____ が貴クリニックと取り交わす
契約書及び治療同意書について、保護者として同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 _____

保護者氏名 _____ 印