

池袋美容クリニック 同意書

_____が診療・治療の説明について十分に理解し、治療の効果やリスクに関する判断が可能であることを認め、池袋美容クリニックとの診療契約を交わすことを親権者として同意します。

親権者氏名 _____ 印

親権者続柄 _____

親権者住所 〒 _____

患者氏名 _____

患者住所 〒 _____

年 _____ 月 _____ 日

同意書の作製が親権者様ではなかった場合の責任は一切負いかねます。

池袋美容クリニック 院長 高倉光平
〒171-0021 東京都豊島区西池袋3丁目27-3 S&Kビル 5F