タウン形成外科クリニック

親権者同意書

私の子である＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が診療・施術の説明について十分に理解し自己の利益の判断をできると認め、タウン形成外科クリニックと診療契約・支払い契約を結ぶことに同意します。

令和　　年　　月　　日

親権者住所

親権者氏名　　㊞