

親権者同意書

たかだウロクリニック 殿

記入日：令和 年 月 日

私は、申込者の親権者として申込者が下記の施術を貴院にて行うことに同意します。

施術名： ダーマペン

*必ず申込者ご本人が自署してください。

申込者氏名：	印
生年月日：	年 月 日
住所：	
連絡先電話番号：	() -

*必ず親権者ご本人が自署してください。

親権者氏名：	印
続柄（施術を受ける未成年者から見て）：	
生年月日：	年 月 日
住所：	
連絡先電話番号：	() -

今回の施術にあたり、ご本人及びご家族で検討が十分になされているものとして当院は治療にあたります。治療後のご本人及びご家族の意思の相違に関しては対応できかねます。

施設名：たかだウロクリニック 医師名：高田 将吾
〒103-0011 東京都中央区日本橋大伝馬町 13-8
メディカルプライム日本橋小伝馬町 6F
電話：03-3661-8888