

承諾書

20 歳未満の方で手術・治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

(治療を受ける方のご氏名)

_____ が

(手術・治療名)

_____ 手術・治療を

水戸中央美容形成クリニックで受けることを承諾いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

Ⓜ

治療を受ける方との続柄

住所

電話番号