

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。

## 同意書

浜松中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

\_\_\_\_\_ が

(手術・治療名)

\_\_\_\_\_ レーザー脱毛 治療を

浜松中央クリニックで受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

治療を受ける方との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_