

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

美容外科形成外科 川崎中央クリニックで受けることを承諾いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ (印)

治療を受ける方との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____