

# 同意書

〒146-0092 大田区下丸子 4-21-13 プレイスモール 2 階  
医療法人社団暁明会 井上メディカルクリニック

## 保護者の方へお願い

患者様が未成年でいらっしゃる為、施術を行うにあたり、保護者の方の同意が必要になります。  
お手数ですが、必要事項をご記入、ご捺印の上、施術当日までにご提出いただけますようお願い申し上げます  
本書へのご記入は必ず保護者の方の直筆でお願いいたします。

<b>■ご希望の施術名にチェックをお願いいたします。</b>	
<input type="checkbox"/> フォトセラピー(部位	)
<input type="checkbox"/> 脱毛(部位	)
<input type="checkbox"/> ピアス(軟骨・	穴)
<b>■患者氏名</b>	
<b>■生年月日</b>	年 月 日 <b>■年齢</b> 歳
<b>■ご住所</b> 〒	
<b>■電話番号(御本人)</b>	
<b>■保護者名</b>	
<b>■続柄</b>	
<b>■電話番号(保護者様)</b>	

上記施術に同意します。

年 月 日 保護者氏名 印