

# 保護者同意書

\_\_\_\_\_  
(施術をお受けになるご本人のお名前を書いてください) がPRIDE CLINIC(プライドクリニック)において、

診療、検査、治療、支払いなどを受ける(行う)ことに同意致します。

(施術名)  
\_\_\_\_\_

また、今後その施術の件につきましては、施術の同意書、説明書の内容に従い、  
異議申し立てを致しません。

(施術日) 年 月 日  
\_\_\_\_\_

(保護者氏名) \_\_\_\_\_ 印

(保護者住所)

〒 \_\_\_\_\_

都道

府県  
\_\_\_\_\_

※現住所が確認出来る身分証明書のコピーをご準備ください。

※PRIDE CLINICでは、本同意書のご提示がない場合、未成年者の施術につきましては一切お受けできかねます。

PRIDE CLINIC