

保護者同意書

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

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