

同意書

青山ヒフ科クリニックにおいて、今後未成年者の判断のもとに保険及び自費での診察、薬、注射、レーザー、オリジナル外用剤の購入、メディカルエステを受けることに保護者として同意しました。

また、治療の際に一時的に皮膚への刺激症状が出る可能性があることも説明を受け同意しました。

年 月 日

未成年者氏名

保護者氏名

印