

年 月 日

# 同意書

ガーデンクリニック  
〒171-0022  
東京都豊島区南池袋 2-26-6  
島倉ビル 4F

## 保護者の方へのお願い

患者様が未成年でいらっしゃるため、治療を行うに当たり、保護者の方の同意が必要となります。  
お手数ですが、必要事項をご記入・ご捺印の上、治療当日までにご提出頂き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致します。

治療名 受診予定の治療名を○で囲んで下さい。			
脂肪吸引	ダイエット外来	豊胸	若返り
顔(目・鼻・輪郭)	美肌・スキンケア	レーザー脱毛	わきが・多汗症
タトゥー除去	婦人科	薄毛治療	
受診者名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒 -		
お電話番号			
保護者名			
続柄			
ご住所	〒 -		
お電話番号			

受診者が上記治療を受診する事を承諾します

年 月 日 保護者名

印