

未成年者用

施術承諾書

この度、(患者様氏名) _____ が、さかえクリニックにて

(施 術 名) _____ の 施 術 を

受けることに同意いたします。

同意日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名： _____ ④