

No. \_\_\_\_\_

保護者同意書

品川すずき皮膚科御中

私\_\_\_\_\_は、未成年である\_\_\_\_\_が今回受ける  
施術（ \_\_\_\_\_ ）に関して医師から受ける説明を十分に理解・判断する能力が  
あると認め、私の同席なしに\_\_\_\_\_が施術（ \_\_\_\_\_ ）を  
受けることに同意します。

以下 保護者直筆記入欄

署名日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印