

承諾書

20歳未満の方で医療レーザー脱毛をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

(治療を受ける方のご氏名)

_____が

(手術・治療名)

_____手術・治療を

帯広中央クリニックで受けることを承諾いたします。

年 月 日

保護者名 _____ (印)

治療を受ける方との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____