

同意書

年 月 日

保護者の方へのお願い

患者様が未成年でいらっしゃる為、

治療を行うにあたり保護者の方の

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、

治療当日までに当院までご提出下さい。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆で

お願い致します。

〒 171-0022

東京都豊島区南池袋2-26-6 島倉ビル4F

フリーダイヤル 0120-891-929

アイルクリニック

治療名 ご希望の治療名を で囲んで下さい

1. 脂肪吸引
2. 豊胸
3. 若返り
4. 顔 (目 ・ 鼻 ・ 輪郭)
5. わきが・多汗症
6. 美肌・スキンケア
7. レーザー脱毛
8. 婦人科
9. 審美歯科

受診者					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -				
電話番号					

保護者記入欄

受診者が上記治療を受ける事を承諾します。

氏名				印
続柄				
住所	〒 -			
電話番号				