

# 保護者同意書

美容外科 福岡三井中央クリニック 殿

\_\_\_\_\_が

\_\_\_\_\_の手術・治療を受ける事に

同意致します。

平成 年 月 日

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_