

カルテNo.

和光スキンクリニック大阪中津 御中

### 親権者同意書

\_\_\_\_\_が、和光スキンクリニック大阪中津にて  
\_\_\_\_\_手術を受けることに同意致  
します。

つきましては和光スキンクリニック大阪中津との診療契約  
を取り消すことは致しませんし、施術をされたことに対し一  
切の異議申し立てを致しません。

令和 年 月 日

親権者名： \_\_\_\_\_ ⑩

続柄：

住所：