



マグノリア皮膚科クリニック 親権者同意書

_____ が

診療・施術の説明について十分に理解し、自己の利益とリスクに関する判断が可能であることを認め、マグノリア皮膚科クリニックとの診療契約を交わすことを親権者として同意します。

親権者氏名



親権者住所 〒

患者氏名

患者住所 〒

平成 年 月 日