

# 承諾書

20歳未満の方で手術・治療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

美容外科形成外科 川崎中央クリニックで受けることを承諾致します。

年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

治療を受ける方との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_