

# 保護者同意書

スキンコスメクリニックグループ殿

\_\_\_\_\_が  
\_\_\_\_\_の手術・治療を受けることに  
同意致します。

令和 年 月 日

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_