

# 美容皮膚科 エルムクリニック 親権者同意書

私の子である \_\_\_\_\_ が診療・施術の説明について十分に理解し  
自己の利益の判断をできると認め、エルムクリニックと診療契約・支払い契約  
を結ぶことに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者住所

親権者氏名

Ⓜ