

## 未成年の方の施術同意書

被施術者：

施術内容：

被施術者が、貴院ユイメディカルクリニックにて表記内容の施術（治療・手術）を受ける事に同意します。

令和 年 月 日

被施術者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_