

未成年者同意書

医療法人社団 孝昭クリニック 御中

本日、申込者：_____が『_____』を受ける事に同意致します。

平成_____年_____月_____日

申込者：住所_____

氏名_____

生年月日_____年_____月_____日_____歳

親権者：住所_____

連絡先 (TEL) _____

氏名_____ 印

続柄 (_____)

医療法人社団 孝昭クリニック

〒662-0051 兵庫県西宮市羽衣町 5-13 ワジュール夙川(しゅくがわ)ビル 1/2F



KOSHO CLINIC

医療法人社団 孝昭クリニック

漢方内科・皮膚科・形成外科・美容外科・美容皮膚科