**１９歳以下用**

もみの木皮ふ科クリニック　宛

同意書

私は、　患者氏名：　　　　　　　　　　　が　施術名：　　 　　の説明について十分に理解し自己の利益を判断できると認め、診療契約・支払い契約を結ぶことに同意します。

記入日 年 月 日

親権者・法定代理人氏名

続柄

ご住所　〒

電話番号　自宅： 　　　　携帯：

以上は親権者・法定代理人記入

以下は患者本人記入

虚偽申請を行った場合、もみの木皮ふ科クリニックが一切の責任を負わないことを承諾します。

氏名　 （患者本人直筆）