

カルテNo

ACCエイジングケアクリニック四条河原町 御中

親権者同意書

私の子である _____ が、ACCエイジングケアクリニック四条河原町
において、 _____ を受けることに同意いたします。

つきましてはACCエイジングケアクリニック四条河原町との診療契約を取り消すことはいたしませんし、施術をされたことに対し一切の異議申立てを致しません。

年 月 日

親権者名： _____ ④

続柄：

住所：