

保護者の方へお願い

未成年の患者様を治療するにあたりましては保護者の方の同意が必要となります。お手数ですが同意書に必要事項をご記入・捺印の上、治療当日までに当院へご提出下さい。また、ご記入にあたっては必ず保護者の方の直筆でお願い致します。

同意書

医療法人社団天道会 殿

受診者	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日 (満 才)
治療内容	1.シミ 2.ソバカス 3.ホクロ 4.体臭 5.血管腫・赤ら顔 6.アザ 7.刺青除去 8.ケミカルピーリング 9.レーザー脱毛 10.ピアス 11.ワキガ・多汗症 12.シワ 13.ヒアルロン酸 14.ボトックス注射 15.ニキビ・ニキビ痕 16.鼻炎・花粉症 17.化キ 18.陥没乳頭 19.豊胸・乳房縮小 20.脂肪吸引 21.痔 22.包茎 23.小陰唇縮小 24.痩せる薬 25.インタモロジ- 26.メソセラピー 27.ヤケド 28.巻き爪 29.魚の目・タコ 30.男性型脱毛症 31.プラセンタ注 32.その他()	

該当するものに を付けて下さい。

医療法人社団天道会

理事長 菅谷良男

横浜サニークリニック

〒220-0004 横浜市西区北幸 1-4-1 天理ビル 13F
TEL 045-317-6688 FAX 045-317-6651

大野サニークリニック

相模原市相模大野 3-9-1 岡田屋モアーズ 5F
TEL 042-767-5551 FAX 042-740-5715

受診者のお名前

が医療法人社団天道会サニークリニックにおいて上記

の治療を受けることを承諾致します。

平成 年 月 日

(保護者記入欄)

氏名	印
住所	
電話番号	
患者様との 続柄	