

# 保護者同意書

医療法人 Be-Med  
おだくらクリニック  
美容外科・美容皮膚科 殿

\_\_\_\_\_が

\_\_\_\_\_の手術・治療を受けることに同意致します。

令和 年 月 日

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ ④ (続柄) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_