

# 同意書

新宿中央クリニック 殿

\_\_\_\_\_が

レーザー脱毛施術を受けることに同意します。

治療方針や治療内容については、十分な説明を受けすべて了承いたしました。

尚、この度の治療に関連して、緊急にあるいは医療的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

平成 年 月 日

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_