未成年者に対する施術同意書

プルージュリジェンクリニック　御中

この度、貴院にて診療が行われることを保護者として同意いたします。

20　　年　　月　　日

施術を受けられる方の氏名：

診療内容：

保護者氏名：　　印

ご住所：

お電話番号：

Pruge Regen Clinic
プルージュリジェンクリニック