

同意書

____年 ____月 ____日

保護者の方へのお願い

患者様が未成年でいらっしゃる為、治療を行うにあたり保護者の方の同意が必要となります。

お手数ですが必要事項をご記入・ご捺印の上、治療当日までに当院にご提出ください。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願い致します。

治療名 (ご希望の治療名を○で囲んでください)

- | | | | |
|------------|---------|--------|-------------|
| 1.包茎 | 2.増大 | 3.長茎 | 4.ED (勃起不全) |
| 5.STD (性病) | 6.発毛治療 | 7.医療植毛 | 8.医療レーザー脱毛 |
| 9.わきが・多汗症 | 10.脂肪吸引 | | |

| | | | | | |
|------|-------|---|---|----|--|
| 受診者 | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | |
| 住所 | 〒 - - | | | | |
| 電話番号 | - - | | | | |

保護者記入欄

受診者が上記治療を受ける事を承諾します。

| | | | | |
|------|-------|--|--|---|
| 氏名 | | | | 印 |
| 続柄 | | | | |
| 住所 | 〒 - - | | | |
| 電話番号 | - - | | | |

〒171-0022
東京都豊島区南池袋2-26-6
島倉ビル 4階
フリーダイヤル:0120-152-015

ガーデンメンズクリニック