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。

〒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

ガーデンクリニックメンズ外来

治療名（ご希望の治療名を〇で囲んでください）

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	-　-