

同意書

担当者

令和 年 月 日

私は、森皮フ科クリニックの治療を受けるに際し、
その内容(治療の原理・方法、期待される効果、起こりうる
合併症や副作用の予測、施術前後のケア、費用等)について
説明を受け、理解・納得しましたので、実施に同意します。

患者氏名

保護者氏名

印

住所

電話番号