

カルテ No. _____

承諾書

担当医師 _____ 印
エムズ皮フ科形成外科クリニック 院長 三沢尚弘 殿

今回、施術' _____ 'を受けるに当たり、担当医師より説明をうけ、十分に理解致しましたので実施をお願いします

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 印

電話番号 _____

(未成年の場合)

保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

電話番号 _____

◆ご記入いただいた承諾書は当日院内でスキャン（コピー）させて頂いております。
個人情報や記載していただいた内容が第三者の目に触れることはありません。