

(未成年者用)

記入日 年 月 日

## 同意書

カルミア美肌クリニック 宛

私 \_\_\_\_\_ は \_\_\_\_\_ の親権者として、  
カルミア美肌クリニックでおこなう治療及び商品（治療薬）に対して同意致します。

契約者氏名(甲)

生年月日

住所

電話番号

平成 年 月 日

親権者

印 (続柄 )

住所

連絡先

※親権者ご本人様にてご署名・ご捺印をお願い致します。

お問い合わせ先

医療法人社団 游心会  
カルミア美肌クリニック

☎0120-162-000

受付時間

平日 13:00~21:00

土日祝 10:00~18:00