

# 親権者同意書 (保護者同意書)

(施術をお受けになるご本人のお名前) \_\_\_\_\_ が BUST CLINIC において、

(手術名) \_\_\_\_\_ の施術を受けることに同意致します。

また、今後その施術の件につきましては、施術の同意書、説明書の内容に従い、意義申し立て致しません。

※現住所が確認出来る身分証明書のコピーをお渡します。

施術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印

保護者住所

〒 \_\_\_\_\_

都道  
府県

※BUST CLINIC では、本同意書のご提示がない場合、未成年者の施術につきましては一切お受けできかねます。