

# 同意書

天満橋ゆみ皮膚科院長殿

(本人氏名) \_\_\_\_\_ が (施術名) \_\_\_\_\_

の施術を受けることに同意致します。

また、診療内容に応じて写真撮影を行なうことに同意致します。想定外の経過・

治療追加が生じた場合は貴院の方針に従います。

同意日            年        月        日

同意署名（保護者名） \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_