

診療承諾書

私、 _____ ・ ____ 歳（患者様のお名前・ご年齢）は
かまくら K クリニック形成外科・美容皮膚科において、
_____ の治療を
受けるにあたり、説明を受け、理解した上で
施術・投薬を受けることを承諾します。

記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 印

ご住所 〒 _____

お電話 _____

（未成年の場合）

保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

ご住所 〒 _____

お電話 _____

かまくら K クリニック形成外科・美容皮膚科

〒248-000 鎌倉市小町 1-2-16 早見プラザ 3F TEL：0467-84-9484