

## 保護者同意書

### 【未成年の患者様に対する化粧品販売について】

- 当院では 18 歳未満(高校生以下)の患者様が化粧品をご購入いただく場合、以下の対象商品につきましては、保護者様のご承諾が必要となります。

対象商品			
------	--	--	--

医療法人社団 慈泰会  
立川皮膚科クリニック 殿

このたび以下未成年者が貴院販売の化粧品を購入することを承諾致しました。

年 月 日

### ※)保護者記入欄

■保護者 氏名	印
■本人との続柄	
■住所	
■ご連絡先	

### ※)本人(未成年)記入欄

●本人氏名		●年齢	歳
●生年月日	年	月	日生まれ