

親権者（法定代理人）同意書

施術名： _____

施術予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者氏名 (未成年者本人)	
ご住所	〒 _____
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
電話番号	自宅： 携帯：

※申込者がお書きください。

私は親権者（法定代理人）として上記未成年者が、貴院での診療・施術に対する説明および合併症・注意点について十分に理解し、メリット・デメリットを自己判断できることを認めます。

また、その判断にのっとり上記未成年者が貴院と診療契約を交わすことに同意します。

親権者 (法定代理人)	
続柄	
ご住所	〒 _____
電話番号	自宅： 携帯：

※親権者（法定代理人）がお書きください。
確認のためお電話させていただく場合がございます。