

親権者同意書

申込者が貴院での治療を受けるにあたり、申込者本人が自己の利益・不利益・治療のリスク、副作用含め充分に理解し、診療を受け、手術を受ける判断を適切にできることを親権者である私は全て承諾します。

記

施術名: _____

施術(予定)日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

●申込者

氏名	
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所	〒
電話番号	

●親権者

氏名 (続柄)	()
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所	〒
電話番号	

※確認のため、ご連絡させていただく場合がございます。

※ご記入は直筆にてお願いいたします。

※必ず鉛筆ではなくボールペン等ご使用ください。

※親権者様以外のなりすましサインについては当院では責任をおいかねますので予めご了承ください。

※万が一同意書にご記入漏れ等の不備があった場合は治療をお受けいただくことができません。

※施術内容が変更になった場合は、お手数ですが、再度親権者様にご確認いただいた上でご記入いただく必要があります。

※同意書は必ず原本をお持ちください。