

# 親権者同意書

記入日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

医療法人社団 祐真会 ウェルジュールクリニック 殿

私は、申込者の親権者(続柄：\_\_\_\_\_ )として、申込者が下記の施術を貴院にて行うことに同意します。

施術名：\_\_\_\_\_

\*必ず申込者ご本人が自署してください。

申込者氏名：_____
生年月日：_____年_____月_____日
住所：_____
連絡先電話番号：_____

\*必ず親権者ご本人が自署してください。

親権者氏名：_____
続柄(施術を受ける未成年者から見て)：_____
生年月日：_____年_____月_____日
住所：_____
連絡先電話番号：( _____ ) _____

今回の施術にあたり、ご本人及びご家族で検討が十分になされているものとして当院は治療を行います。治療後のご本人及びご家族の意思の相違に関しては対応できかねます。ご了承をお願いします。

\*\*\*\*\*

医療法人社団 祐真会 ウェルジュールクリニック

医師名：院長 市川明子

担当：\_\_\_\_\_

〒140-0013 東京都品川区南大井 6-28-12 ヒューリック大森ビル 4 階

TEL:03-6423-0991