



## 親権者同意書

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

アイケアクリニック東京 御中

私は、申込者の親権者（共同親権の場合、共同親権者の代表者）として、貴院で申込者が施術を受けることに同意し、かつ、施術代金について申込者と連帯して責任を負います。契約及び施術内容を理解し、一切の異議申立を致しません。また、医師が緊急で処置及び施術が必要と判断した場合は、医師の判断に委ねます。

申込者氏名： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 （年齢 満 \_\_\_\_\_ 歳）

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

親権者氏名（自筆）： \_\_\_\_\_ 印

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

申込者との続柄：（ \_\_\_\_\_ ）

### < 注意事項 >

※未成年の方は、ご来院時にこの同意書が必要です。

※同意書をお忘れの場合、診察を受けることができません。

※親権者記入欄は、必ず親権者様ご本人がご記入ください。

※親権者もしくは未成年後見人の方でお願い致します。

※親権者の方へ確認のお電話をさせて頂く場合がありますので、連絡先記入欄には連絡可能な電話番号の記入をお願い致します。

※契約に際して親権者の同席ができない場合は親権者の本人確認書類の写しもご提出ください。