

親権者(法定代理人)同意書

一般社団法人 SMAPPY NES駒沢クリニック 御中

私は、受診者が貴院に於いて、下記の施術を受けることに同意します。

施術名：

同意書記入日：西暦 年 月 日

●受診者記載欄

受診者氏名：

生年月日：西暦 年 月 日（満 歳）

住所：

電話番号：

●親権者(法定代理人)

親権者氏名：

印 続柄（ ）

住所：

電話番号：

注意事項：

- 確認のため、お電話でのご連絡もさせて頂く場合があります。
- 親権者(法定代理人)の方の直筆でお願いいたします。
- 同意書の制作が親権者(法定代理人)方ではなかった場合の責任は一切負いかねます。