

未成年者の方の診療及び施術に関する親権者同意書

記載日 年 月 日

親権者として貴院においての診察・施術を受けることに同意致します。  
診察時には同伴もしくは都合により同伴できない場合には施術内容や費用において異議申し立てはいたしません。また既に行った施術代の払い戻し等も請求は致しません。

施術内容（ ）

患者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

親権者 \_\_\_\_\_ 続柄（ ）

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※初めて行う施術毎に同意書が必要となりますのでご理解のほどお願い申し上げます。