

# 親権者同意書

記入日 年 月 日

幕張まーるクリニック 皮膚科形成外科 御中

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 (満 歳)

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(申込者と住所が異なる場合はご記入ください)：〒

連絡先電話番号(申込者と連絡先が異なる場合はご記入ください)：( ) -

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。

施設名：幕張まーるクリニック 皮膚科形成外科

医師名：木村真之介

住所：〒262-0032 千葉県千葉市花見川区幕張町 5-415-2

TEL：043-271-4112