

親権者様各位

<親権者様の同意書について>

平素は、格別のご愛顧をいただき誠にありがとうございます。
当クリニックでは、未成年のお客様が親権者様のご同席なく

カウンセリング及び自由診療施術を受けられる場合、
本承諾書にて親権者様のご承諾を頂いております。

カウンセリング時、親権者様のご同席が難しい場合、
下記承諾書にご署名、ご捺印の上、被親権者様にお渡し頂き、
当クリニックに必ずご持参するようお願いいたします。

未成年者契約承諾書

医療法人社団環桜会 巣鴨さくらなみき皮膚科 御中

ご契約者様お名前 ふりがな _____

氏名 _____

ご契約者様生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才) _____

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として上記の未成年者が
巣鴨さくらなみき皮膚科において「 _____ 」を受けることを承諾します。

記入日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者様（法定代理人）の住所・氏名（自署）

氏名 _____ (印) 続柄 (_____)

(〒 _____)

住所 _____

TEL _____ 携帯 _____

クリニック利用欄（記入は不要です）

受領日：

担当者：