

親権者同意書

この欄は親権者もしくは受診される方がご記入下さい

受診者名 _____

施術内容 _____

受診者住所 _____

この欄は必ず親権者をご記入下さい

親権者名 _____ 印

親権者住所 _____

受診者との関係 _____

記入年月日 _____

今後同じ施術を受けることに同意する

今回に限り施術を受けることに同意する

私(親権者)は受診者が堀切皮膚科クリニックにおいて上記の施術を受けることに同意を与え、施術代金について連帯して責任を負います。また、施術中・施術後に医師の診察や処置が必要と判断した場合には医師の判断に委ねます。

医療法人社団幸訪会 堀切皮膚科クリニック

〒124-0006 東京都葛飾区堀切 5-2-3 TEL 03-3601-6886