

# 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)は受診者が高田馬場クリニック皮膚科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 高田馬場クリニック皮膚科  
〒169-0075 東京都新宿高田馬場2丁目14番27号 村山ビル3F  
TEL 03-5155-8033