

親権者同意書

L美容クリニック御中

申込者である_____の親権者(法定代理人)である
_____が同席しない場での診療・施術の説明であっても
自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。

よって、今回の相談内容である_____について
申込者の判断で診療契約を取り交わす事に同意します。

親権者記入欄

署名日	_____	年	_____	月	_____	日	_____
親権者氏名	_____	印	_____	続柄:	_____		
住所	_____						
