

親権者同意書

医療法人社団彦星会 岩橋クリニック宛

申込者であるの親権者(法的代理人)として、私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医療レーザー脱毛について、申込者の判断で診療契約を取り交わすことに同意します。

記入日 年 月 日

親権者氏名 氏名 (続柄：) ④

親権者住所

親権者電話番号

※親権者ご本人が署名・捺印してください

※記入内容確認のお電話する場合があります。

※同意書に不備があるときは診察・施術を受けることができませんのでご注意ください

※ご記入いただいた個人情報をご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません