

# 親権者同意書

よしき銀座クリニック 院長殿

申込者本人が自己の利益・不利益、治療のリスク、副作用含め十分に理解し、貴院の施術ならびに検査、手術を受ける判断を適切にできるため、親権者である私はすべて承諾します。

## 【申込者】

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

## 【親権者】

氏名： \_\_\_\_\_ 印 続柄： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

- 確認のため、当院からご連絡させていただく場合がございます。
- お電話での施術などの説明は行っておりません。