

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。