

親権者同意書

五本木クリニック御中

私は、下記未成年者の親権者(法定代理人)として、当該未成年者が上記医療機関において美容医療施術を受けることに同意いたします。また、施術内容・効果・リスク・副作用等について十分な説明を受け、これを理解・了承した上で同意いたします。

診療内容(施術名・処方内容): _____

ふりがな			
患者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 _____		
電話番号			

日付: _____年____月____日

住所: _____

電話番号: _____

親権者名: _____ (続柄: _____)