

記入日： 年 月 日

大西皮膚科形成外科医院 宛

親権者同意書

私は、未成年者_____の親権者として、

私が同席しない場での手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、貴院で_____を受ける事に同意いたします。

■親権者記入欄

親権者氏名	<input type="text"/>
続柄	<input type="text"/>
ご住所	〒 <input type="text"/>
電話番号	自宅： <input type="text"/> 携帯： <input type="text"/>

※確認の為、連絡させていただく場合がございます。

記入日： 年 月 日

大西メディカルラボ・アンチエイジングサロン大西美容形成クリニック 宛

親権者同意書

私は、未成年者_____の親権者として、

私が同席しない場での施術の説明であっても、

自己の利益を十分に理解検討し、施術の必要性を判断できることを認めます。

よって、大西メディカルラボ・アンチエイジングサロン・大西美容形成クリニックの

全ての施術を受けることに同意いたします。

■親権者記入欄

親権者氏名	
続柄	
ご住所	〒
電話番号	自宅： 携帯：

※確認の為、連絡させていただく場合がございます。