

親権者同意書

西暦 年 月 日

dazzyCLINIC 御中

私の子である甲は、親権者である乙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、今回の相談内容に子の判断で診療契約又は誓約を取り交わすことに、法定代理人親権者として民法第5条第1項により同意・承諾致します。

記

治療名： 医療レーザー脱毛 アートメイク GLP-1
(チェック項目へチェックをお願い致します。)

(甲)

フリガナ 申込者	㊟		
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
フリガナ 住所	〒 -		
電話番号	- -	携帯番号	- -

(乙)

フリガナ 法定代理人 (親権者)	㊟		続柄	
フリガナ 住所	〒 -			
電話番号	- -	携帯番号	- -	

以上