

# 親権者同意書

西暦 年 月 日

DAZZY CLINIC ( 渋谷本院 ・ 札幌院 ・ 心斎橋院 ・ 福岡院 ) 御中

※該当する院に○印をお付けください

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、今回の相談内容について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

(甲)

フリガナ 申込者	(印)		
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	- -
施術名			

(乙)

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

以上