

年 月 日

未成年者親権者同意書

ストリアクリニック 院長 殿

私は、申込者の親権者(法定代理人)として申込者が貴院の診療・施術の説明を十分に理解し自己の利益とリスクについて判断できると認め、貴院と診療契約および支払い契約を締結することに同意致します。

申込者

必ず申込者の「自署」及び「捺印」が必要になります。

氏名		印
生年月日	年 月 日生	
住所	〒 ー	
電話番号(携帯可)		

親権者(法定代理人)

必ず親権者の「自署」及び「捺印」が必要になります。

氏名		印	続柄	
生年月日	年 月 日生			
住所	〒 ー			
電話番号(携帯可)				

※ご確認の為、ご連絡させていただく場合があります。