

# 未成年者親権者承諾書

平成 年 月 日

赤坂メディカルクリニック 御中

私は、\_\_\_\_\_が下記の治療を受けることに親権者として同意し、署名致します。

治療名: \_\_\_\_\_

申込者氏名				印			
住所	〒 -						
連絡先	( )						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳

親権者氏名 または 後見人氏名				印
	(申込者との関係 )			
住所	〒 -			
連絡先	( )			

## [注意事項]

親権者の欄は、親権者または後見人ご本人が署名・捺印して下さい。

申込者以外の署名では治療を受けることができません。

また、施術当日は親権者と同伴して頂くか、同伴されない場合には親権者へ連絡させて頂きますので、その旨を予めお伝え下さい。

確認が取れない場合は治療を受けることができません。