

# 未成年者親権者承諾書

年 月 日

赤坂メディカルMクリニック 御中

この度、下記の申込者が未成年であることから、親権者として貴院において申込者が診療および治療を受けることに同意し署名致します。

申込者氏名	印		
住 所	〒 ー		
連 絡 先	( )		
生年月日	西暦 年 月 日	年 齡	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	〒 ー		
連 絡 先	( )		

## [注意事項]

- ・ 申込者以外の署名では治療を受けることができません。
- ・ 親権者欄は、親権者または後見人ご本人が署名・捺印して下さい。
- ・ 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に連絡し確認させて頂きますので、予めその旨お伝え下さい。