

カルテNO. _____

親権者（法定代理人）同意書

エムズクリニック 院長 三沢尚弘 殿

今回、施術：_____を受けるにあたり、担当医師より説明を受け、十分に理解致しましたので実施をお願い致します。

令和 年 月 日

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

生年月日 _____ (満 歳)

未成年の場合

親権者氏名 _____ (印) 続柄 _____

電話番号 _____

親権者住所 _____

- ※親権者様が署名・捺印して下さい
- ※記入内容確認のお電話をする場合があります
- ※同意書に不備がある際は施術を受けられませんのでご注意ください
- ※ご記入いただいた親権者同意書は当日院内でスキャン（コピー）させて頂いております。
個人情報や記載していただいた内容が第三者の目に触れることはございません。