

みかこクリニック
院長 高木美香子 殿

親権者同意書

私は、私が親権を有する (氏名) _____ が、

貴クリニックにおいて、 _____ の施術を受けることに同意します。

つきましては、上記の施術の後、本人が未成年であることを理由として、当該治療契約を取り消すことはありません。また、本人が施術をされたことについて、一切の異議を申し立てることはありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者 氏名 _____ 印

(続柄 _____)

住所 _____

電話番号 _____

クリニック記載欄 (カルテ No. _____)