

親権者同意書

エイトスキンクリニック宛

記入日

年

月

日

施術内容： _____

被施術者が、貴院にて表記内容の施術を受けることに同意いたします。

下記の親権者が同席しない場合での診療・施術の説明であっても自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。

よって、上記の施術内容について、被施術者の判断で診療契約を取り交わすことに親権者としても同意いたします。

申込者（施術を受ける方）

氏名

住所

連絡先

法定代理人

氏名

申込者との関係

住所

連絡先