

親権者同意書

西暦 年 月 日

大阪梅田 形成外科・リンパ浮腫 LSクリニック 御中

申込者が診療・施術の説明を十分に理解し、ご自身の利益とリスクについて判断が可能であることを認め、貴院との診療契約を交わすことに親権者として同意いたします。

▼申込者 記入欄

| | | | |
|-------|----------|----|-----|
| 申込者氏名 | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 年齢 | 満 歳 |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | | | |
| 施術名 | | | |

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方が直筆でご記入ください。

| | |
|---------------|---|
| 保護者氏名 (自書) | ⑩ |
| 申込者との続柄 | |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | |

※確認のため、お電話でのご連絡をさせていただきます。ご協力宜しくお願いいたします。

親権者同意書

西暦 2021年 5月 15日


大阪梅田 形成外科・リンパ浮腫 LSクリニック 御中

申込者が診療・施術の説明を十分に理解し、ご自身の利益とリスクについて判断が可能であることを認め、貴院との診療契約を交わすことに親権者として同意いたします。

▼申込者 記入欄

| | | | |
|-------|--|----|--------|
| 申込者氏名 | 梅田 花子 | | |
| 生年月日 | 西暦 2005年 10月 10日 | 年齢 | 満 15 歳 |
| 住所 | 〒530-0001 大阪市北区梅田1-11-4 大阪駅前第4ビル 615号 | | |
| 連絡先 | 06-6341-XXXX | | |
| 施術名 | 二重まぶた 埋没法 | | |

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方が直筆でご記入ください。

| | | |
|---------------|-----------------|---|
| 保護者氏名 (自書) | 梅田 太郎 |  |
| 申込者との続柄 | 父 | |
| 住所 | 〒 同上 | |
| 連絡先 | 090-XXXXX-XXXXX | |

※確認のため、お電話でのご連絡をさせていただきます。ご協力宜しくお願いいたします。