

未成年者の方の診療および施術に関する親権者同意書

サフォクリニック御中

- ①私は下記の申込者が未成年であることから、親権者として、貴院において診察・施術を受けることに同意致します。
- ②施術に関して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。
- ③診察時には同伴し、もし自己都合により同伴しない場合には、後に施術内容や費用等において異議申し立てはいたしません。また、すでに行った施術代および診察代の払い戻し等も請求いたしません。
- ④施術内容に関しては、申込者本人と情報の共有に努め、基本的には電話・電子メール・FAXなどによる連絡等や説明の要求はいたしません。

平成 年 月 日

申込者氏名 _____

住所 _____

※必ず申込者ご本人が自署してください

親権者氏名 _____ 続柄 _____ 印

住所 _____

連絡先（電話番号） _____

※必ず親権者ご本人が自署してください

診察・施術に際し、確認の為親権者の方にご連絡させて頂く場合がございますので、あらかじめご了承ください。（日中につながりやすい電話番号をご記入お願い致します）