

親権者同意書

ほりうち形成外科 院長 堀内あい 宛

私は、未成年者 _____ の親権者として、私が同席しない場での診療・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、ほりうち形成外科の全ての施術を受けることに、法定代理人親権者として民法第5条1項により同意・承諾いたします。

■親権者記入欄

親権者氏名	①
続柄	
ご住所	〒
電話番号	※日中ご連絡可能な電話番号を記入ください

※必ず親権者ご本人が署名・捺印してください。

※クリニックより確認のご連絡をさせて頂くことがあります。

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。