川越眼科手術とまぶたのクリニック宛

親権者同意書

私は、下記未成年の親権者（法定代理人）として、自己の利益とリスクに関する判断が可能であることを認め、契約者が貴院で下記の施術を受けることに同意いたします。また、契約者が診療・施術に関わる費用の支払いをすることを親権者として同意いたします。施術中及び施術後に予期せぬ経過・追加治療が必要な事態が生じた場合は。貴院の方針に協力することを同意します。

未成年者氏名	
生年月日	年齢
住所	
電話番号	

記入日　　年　　月　　日

施術名

親権者氏名　　印　　続柄

住所　〒

電話番号

※親権者（法定代理人）ご本人様が直筆でご記入・ご捺印ください。枠内は未成年者様ご本人様が直筆でご記入ください。診察・施術に際し、確認のため、親権者の方にご連絡させて頂く場合がございます。つながりやすい電話番号をご記入ください

川越眼科手術とまぶたのクリニック　〒350-1126　埼玉県川越市旭町１丁目 3-64

TEL　049-246-1001