Abante Clinic 銀座

親権者様の同意書について

当クリニックでは、18 歳未満のお客様が美容施術を受けられる際、また 20 歳未満のお客様が幹細胞上清液の点滴を受けられる際に、親権者様の同意・ご了承をいただいております。
受診の際に親権者様が同席することが出来ない際は、大変に恐れ入りますが事前に、この同意書に親権者様が署名・ご捺印の上、ご持参頂きますようお願い申し上げます。

親権者同意書

私は、親権者として（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が
貴院にて診察・施術・処方を受けることに同意いたします。また、本書における親権者としての同意は、患者に対して共同親権者が存在する場合、共同して親権を行使するものであることを表明します。

（同意書記載日）　　年　　月　　日

親権者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　続柄（　　）

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※必ず親権者の方の直筆でご記入ください

※ご不明な点や質問等ございましたらお電話ください
TEL：03-6264-6828　FAX：03-6264-6827