



# 親権者同意書

ID: \_\_\_\_\_

モチーフ銀座クリニック御中

私（親権者氏名）\_\_\_\_\_は、

私の子（診療申込者氏名）\_\_\_\_\_が貴院にて、

私が同席しない場合においても来院・診療・施術・診療契約を受けることに同意致します。

年 月 日

▼親権者記入欄（自筆）

親権者氏名：\_\_\_\_\_

申込者との続柄：\_\_\_\_\_

住所：〒\_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

▼診療申込者記入欄（自筆）

申込者氏名：\_\_\_\_\_

生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住所（親権者と異なる場合にご記入下さい）：\_\_\_\_\_

〒\_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

施術名：\_\_\_\_\_