

未成年者の方の診療および施術に関する親権者同意書

銀座リシエスクリニック 宛

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、自己都合により施術日に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。

記入日： 年 月 日

申込者			
生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
住所			
連絡先			
診察・施術項目			

法定代理人氏名			
申込者との関係			
※申込者のご住所が異なる場合は下記の記入をお願い致します。			
住所			
連絡先			

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ことがございますので、あらかじめご了承ください。