

新橋点滴・美容クリニック親権者同意書

私は、私の子である\_\_\_\_\_が、診療・施術についての説明を受け、 自己の利益を十分に理解して受診の必要性を判断できると認めます。  
つきましては、子の判断で新橋点滴・美容クリニックとの診療契約を結ぶことに親権者として同意致します。

同意日： 20 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

\*必ず親権者様の直筆でご記入をお願い致します