

未成年者親権者承諾書

令和 年 月 日

山本ファミリー皮膚科 駒沢公園 御中

私は、 _____ が下記の治療を受けることに親権者として同意し、署名致します。

治療名： _____

申込者氏名	_____			印			
住所	〒 _____						
連絡先	(_____)						
生年月日	平成・令和	年	月	日	年齢	満	歳

親権者氏名 または 後見人氏名	_____			印
	(申込者との関係 _____)			
住所	〒 _____			
連絡先	(_____)			

【注意事項】

- ・親権者の欄は、親権者または後見人ご本人が署名・捺印して下さい。
- ・申込者以外の署名では治療を受けることが出来ません。
- ・施術当日は親権者と同伴して頂くか、同伴されない場合には親権者へ連絡させていただきますので、その旨を予めお伝え下さい。
- ・確認が取れない場合は治療を受けることが出来ませんのでご了承下さい。