

親権者同意書

アリア六本木クリニック院長殿

私は_____の親権者として
貴院での治療、及び付随する契約がある場合はこれに同意いたします。
治療及び契約については、本人が未成年であることを理由に
返金、解約等できないことも理解しております。
尚、キャンセル料・違約金など発生した場合、本人に代わり金額が発生した日より
1ヶ月以内に支払する事を親権者として同意致します。

*親権者:通常両親で、そのいずれかの同意があれば治療は可能です。
親権者でない祖父母や親戚、兄弟などの同意で治療を受けることはできません。

年 月 日

本人氏名 _____ 印

本人住所 _____
(都道府県よりご記入ください)

親権者氏名 _____ 印

本人との続柄：

親権者住所 _____
(都道府県よりご記入ください)

親権者電話・携帯番号 _____

尚、確認の為当クリニックよりお電話させて頂く場合がございます。
ご予約のお時間に連絡の取れる番号をお書きください。

記

治療名 _____

治療日 年 月 日

以上