

親権者同意書

アリア六本木クリニック院長殿

私は_____の親権者として下記治療計画に同意します。
また、貴院において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。

平成 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 _____

記

治療名 _____

治療予定日平成 年 月 日

以上