

◎保護者の方へ

当院では患者様が未成年の場合、保護者様の同意をいただいております。

その為、カウンセリングの際には、保護者様同伴の上ご来院いただくようお願いしておりますが、どうしても同伴いただくことが難しい場合に限り、本同意書にて同意の確認を行っています。

施術内容や本同意書について、ご質問等ございましたら当院までお問い合わせください。

なお、ご記入の際には必ず保護者様の直筆にてお願いいたします。

茨城県水戸市河和田町 4777-1
医療法人社団ひまわり会 あかつか慶友メディカルクリニック
連絡先 0800-800-2285

* * * * *

(記入日) 平成 年 月 日

医療法人社団ひまわり会
あかつか慶友メディカルクリニック 御中

同意書

申込者が下記の施術を受けることに同意いたします。

施術内容			
申込者氏名 (患者様氏名)			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
住 所			
電話番号			

法定代理人氏名 (保護者氏名)			
申込者との関係			
住 所			
電話番号			