

親権者同意書

花小金井駅前スキンクリニック行

私の子である_____は、親権者である_____が同席

しない場での診察・施術の説明であっても自己の利益・不利益を十分に理解検

討し、受診・治療・手術・美容施術の必要性を判断できることを認めます。

よって、今回の施術内容である_____について子の

判断で診療又は施術契約を取り交わすことに親権者として同意します。

親権者記入欄

署名日 年 月 日

ご署名

ご住所