

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契

約を取り交わすことに親権者としても同意します。

親権者記入欄

署名日 年 月 日

ご署名

ご住所