

親権者同意書

新川崎 皮ふと美容のイブクリニック行

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し検討でき、受診・手術・治療・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、また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