

親権者同意書

ふくなが皮膚科 院長 福永真未宛

契約申込者（甲）：

生年月日：平成・令和 年 月 日（満 歳）

契約申込者の現住所：〒 —

私の子である甲は、親権者である乙が同席しない場での診療・施術の説明であっても、自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。

よって、今回の相談内容である下記医療行為等について甲の判断で診療契約を取り交わすことに、法定代理人親権者として民法第5条1項により同意・承諾いたします。

- レーザー脱毛 ピーリング・にきび痕治療 巻き爪治療 ふたえ手術
ピアス穴あけ レーザー治療（いぼ・ほくろ） その他（内容： ）

親権者（乙）氏名： 続柄（ ） ㊞

親権者住所：

親権者電話番号：

*日中ご連絡が可能な電話番号を必ずご記入ください

※下二重線部は必ず親権者ご本人が署名・捺印してください。

※クリニックより記入内容確認のご連絡をさせて頂くことがあります。

※同意書に不備がある場合は、カウンセリング・契約・施術が出来ませんのでご注意ください。

※ご記入いただいた個人情報をご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。