

親権者同意書

年 月 日

あさひ美容外科() 院) 御中

私は、申込者が貴院において下記の治療・処置を受ける事に同意します。

治療名:

申込者氏名				印			
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
ご住所	〒						
電話番号	(市外局番)						

法定代理人氏名 (親権者)				印	続柄		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
ご住所	〒						
電話番号	(市外局番)						

【手書きご記入時における注意事項】

※ご記入いただく氏名は全てフルネームでお書きください。

※本書は、全て親権者ご本人の直筆にてご記入ください。

※押印欄には、捺印もしくは苗字の署名をお願いします。

※当院は、上記同意書を親権者記入のものとして判断し対応させていただきます。頂いた同意書に虚偽や相違の申告があった場合、それによって生じた事故やトラブル等のいかなる損害に関しても、当院は一切の責任を負いかねます。

※医師とのカウンセリングにて手術内容が変更になった場合、その都度同意書が必要となります。

親権者同意書

2023年01月01日

あさひ美容外科(大阪梅田院)御中

私は、申込者が貴院において下記の治療・処置を受ける事に同意します。

治療名: 二重まぶた (わき汗、ほくろ除去などご希望をご記入ください。)

申込者氏名	あさひ 梅子				
生年月日	西暦 2007 年 4 月 14 日	年齢	満	16 歳	
ご住所	〒530-0027 大阪市北区堂山町00-00				
電話番号	(市外局番 06) 0000-0000				

法定代理人氏名 (親権者)	あさひ 桜子		続柄	母	
生年月日	西暦 1979 年 8 月 28 日	年齢	満	44 歳	
ご住所	〒530-0027 大阪市北区堂山町00-00				
電話番号	(市外局番 06) 0000-0000				

【手書きご記入時における注意事項】

- ※ご記入いただく氏名は全てフルネームでお書きください。
- ※本書は、全て親権者ご本人の直筆にてご記入ください。
- ※押印欄には、捺印もしくは苗字の署名をお願いします。

※当院は、上記同意書を親権者記入のものと判断し対応させていただきます。頂いた同意書に虚偽や相違の申告があった場合、それによって生じた事故やトラブル等のいかなる損害に関しても、当院は一切の責任を負いかねます。

※医師とのカウンセリングにて手術内容が変更になった場合、その都度同意書が必要となります。