

年 月 日

ヘラスクリニック 院長 殿

親権者同意書

私は、契約の申し込みに当たって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けるにあたって契約を締結することについて同意します。

治療内容

(施術に関する説明、リスクなどに関する注意事項については、別紙に添って説明を行います)

● 契約申込者

申込者	印		
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

● 同意者

法定代理人 (親権者)	印	続柄	
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

※ご確認のため、ご連絡をさせていただく場合があります。

申込者は、貴院との診療契約にあたり、治療代金の支払いを貴院と提携契約しているクレジット会社を
(利用します 利用しません)

私(上記法定代理人)は、申込者と貴院との診療契約にあたり、申込者が貴院と提携契約しているクレジット会社を利用(申し込み及び契約)することに(同意します 同意しません)