

未成年者親権者承諾書

____年 ____月 ____日

えびすクリニック 御中

私は、_____が下記の治療を受けることに親権者として同意し、署名致します。

治療名：肥満治療

申込者氏名		印
住所	〒 _____	
連絡先		
生年月日	西暦 _____年 ____月 ____日	(満 ____歳)

親権者氏名 または 後見人氏名	(申込者との関係 : _____)	印
住所	〒 _____	
連絡先		

【注意事項】

親権者の欄は、親権者または後見人ご本人が署名・捺印して下さい。

申込者の欄は、申込者以外の署名では治療を受けることができません。

また、診察当日は親権者と同伴していただくか、同伴されない場合は親権者へ連絡させていただきますので、あらかじめお伝え下さい。

※確認が取れない場合は治療を受けることができません。