

親権者同意書

チューンクリニック 宛

申込者である _____ の親権者（法定代理人）として、

私が、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、今回の相談内容について、申込者の判断で診療契約を取り交わすことに同意します。

◆私こと、親権者記入欄

記入日 年 月 日

親権者様氏名 _____ 印

続柄 _____

住所

〒 _____

電話番号（ご連絡可能な番号） _____

※確認のため、ご連絡をさせていただく場合がございます。