

GAOクリニック

親権者同意書

私は、契約の申込にあたって、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ことに同意します。

記

治療内容

■契約申込者

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	

■同意者

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	

※未成年の方が施術を受ける際、法定代理人（親権者）に電話確認を行う場合があります。
※初診時に親権者同意書および、親権者の身分証明証のコピー（免許証など）をご持参ください。