

親権者同意書

18歳未満の方は、当院での治療を受けるにあたり、親（親権者、法定代理人）にその内容や必要性とリスクを十分にご理解いただき、下記の通りに同意を得る必要があります。

私(親権者)は、未成年者 _____ が
ベルクリニック 川崎院において施術を受けることに同意し、かつ施術代金について連帯して責任を負います。
施術中や施術後の経過観察時に緊急で処置が必要となった場合、処置を受けることについても同意します。

年 月 日

親権者名 印

(患者との続柄:)

住所:

連絡先:

※確認のためご連絡させていただく場合がございます。