

## 親権者同意書

OMOTESANDO Wiz CLINIC 御中

私の子である甲は、当院で行う診療・施術について、内容を理解し、これに同意いたします。  
また、診療内容の説明は親権者の同伴を必須とし、親権者が診療の内容およびリスクについて十分に理解した上で同意することを前提とします。  
万が一、医療上の判断により緊急処置が必要となった場合にも、当院の判断に従うことに同意・承諾いたします。

相談内容： \_\_\_\_\_

診察日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### ◆契約申込者（甲）

氏名	
生年月日	
住所	〒 _____ - _____

### ◆法定代理人親権者（乙）

氏名	_____ 印 (続柄： _____ )
生年月日	_____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)
住所	〒 _____ - _____
電話番号	

※確認のためご連絡させていただく場合がございます。