

〈 注 意 事 項 〉

- ・未成年の方は、来院時に親権者の同伴または「親権者同意書」が必要です。
- ・治療同意書にサインをする日（カウンセリング日）の時点で、18 歳未満の方のみ「親権者同意書」をご持参ください。
- ・同意書に不備や空欄がある場合や同意書をお忘れの際は治療をお受け頂くことができません。
- ・直筆で必ずご記入ください。直筆以外のご記入は無効となります（パソコン等）。鉛筆ではなく、ボールペン等でご記入ください。
- ・同意書の親権者記入欄は親権者や未成年後見人などの法定代理人の方ご本人が記入・捺印ください。
- ・治療当日に親権者の方が同伴できず同意書持参のみの場合は、確認のお電話をさせていただくことがあります。
- ・治療・施術名はホームページに記載してある名称でご記入ください。

親 権 者 同 意 書

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

SEEYA Clinic 御中

私は、申込者の親権者として、貴院で申込者が下記治療を受けることに同意します。
尚、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置等が生じた場合、貴院の指示に従います。
契約及び施術に関して、一切の異議申し立てを致しません。

申込者記入欄

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 治療・施術名 | |
| 氏名（未成年者） | |
| 生年月日 | 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（満 _____ 才） |
| 電話番号 | 自宅： 携帯： |

親権者記入欄

| | |
|-------|------------|
| 親権者氏名 | _____ 印 |
| 続柄 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | 自宅： 携帯： |