

_____年 ____月 ____日

マリアクリニック 院長 殿

親権者同意書

私は、契約の申込にあたって、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にあたって、契約を締結することについて、親権者を代表して同意いたします。

記

治療名

●契約申込者

申込者				印
生年月日	年	月	日生	年齢
住所	〒 _____			
電話番号		携帯番号		

●同意者

法定代理人 (親権者代表)		印	続柄	
住所	〒 _____			
電話番号		携帯番号		

※申込者様のみでご来院された際は、必ず親権者様へ電話確認をさせていただきます。
ご契約や治療につきましては、ご確認後に行いますのでご了承ください。

クリニック使用欄	確認チェック	確認日付	確認者
親権者代表 来院あり、院内署名	<input type="checkbox"/>	/	
親権者代表 来院なし、電話確認	<input type="checkbox"/>	/	