

親権者同意書

ティファクリニック 宛

申込者である _____ の親権者(法定代理人)として、私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、自己の利益を十分に理解検討し、受信の必要性を判断できることを認めます。よって、

今回の相談内容である _____ について、申込者の判断で施術を受けることに同意します。

○親権者記入欄

記入日	年 月 日
親権者氏名	① 続柄
住 所	〒
電話番号	

※確認の為、ご連絡させていただく場合がございます。