

## 親権者同意書

ルサンク クリニック殿

私は、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けることに同意します。

この欄は法定代理人（親権者）もしくは受診される方（未成年者）がご記入下さい。

1. 受診者名
2. 施術名
3. 受診者住所
4. 連絡先

この欄は必ず法定代理人（親権者）ご本人様をご記入下さい。

5. 法定代理人名（親権者名）
6. 受診者との関係
7. 法定代理人住所
8. 作成年月日 20 年 月 日
9. 施術代金 円 までの支払いに同意します。
10. <input type="checkbox"/> 今後同じ施術を受けることに同意する。 <input type="checkbox"/> 今回に限り、施術を受けることに同意する。（施術毎に同意書が必要になります。）

\* 未成年者（18歳以上高校生を除く）の方は、来院時に同意書が必要になります。

\* 同意書をお忘れの場合、診察・施術を受けることができません。

\* 法定代理人は、親権者もしくは未成年後見人の方でお願いします。