

親権者同意書

年 月 日

私の子である申込者は、親権者が同席しない場での診療・施術の説明であっても、その内容（治療の方法や効果、起こりうる合併症や副作用、費用等）について十分に理解し、理解・納得しましたので、申込者が治療を受けることに親権者として同意します。

治療名

▼申込者 記入欄

ふりがな	
申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生（満 歳）
現住所	〒
電話番号	— —

▼親権者 記入欄（※必ず親権者ご本人様をご記入ください。）

ふりがな	
親権者氏名	印
生年月日	西暦 年 月 日生（満 歳）
申込者との続柄	
現住所	〒
電話番号	— —

※確認の為、親権者の方へお電話を差し上げる場合がございます。

私の皮膚科

東京都港区北青山 2-7-25 神宮外苑ビル 1号館 3階 TEL : 03-3475-1112

医師 棟田 加奈子