

同意書

銀座レーザークリニック 様

私は申込者が未成年であることから、親権者として意思を尊重して貴院への診察・治療の申込みに同意いたします。

なお、この度の治療で緊急あるいは医学的処置が必要な場合は、貴院の指示に従います。

記

平成 年 月 日

申込者名

親権者名

印

申込者との続柄：

住所 〒

電話番号

確認のため、親権者様にお電話を差し上げる場合がございます。

銀座レーザークリニック

東京都中央区銀座5丁目5-7 ニューギンザビル6号館6階

フリーダイヤル 0120-07-3030

代表番号 03-6280-6788