

同意書

記入日 年 月 日

医療法人敬愛会 御中

申込者の法定代理人として、貴院での関連する治療行為を一任の上、申込者が下記施術を受けることに同意いたします。

- ・未成年の方が当院の治療を受けられる際には、法定代理人同意書が必要となります。
- ・法定代理人同意書の提出がなされない場合、当院の診察・施術をお断り致します。
- ・法定代理人記入欄は、必ず親権者もしくは後見人ご本人のご署名をお願い致します。
- ・ご来院当日に、確認のため法定代理人の方へご連絡をさせていただきます。

○申込者記入欄

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	
施術名	
来院予定日	

○法定代理人記入欄

親権者指名	印
続柄	
ご住所	〒
電話番号	

※法定代理人記入欄は親権者ご本人様がすべての欄をご記入・ご捺印ください。

※「連絡先」欄にはご連絡可能な電話番号をご記入ください。