

神戸アイジスクリニック御中

親権者同意書

私は、私の子である _____ が、診療・施術についての説明を受け、自己の利益を十分に理解して受診の必要性を判断できると認めます。

つきましては、子の判断で、神戸アイジスクリニックとの診療契約・支払い契約を結ぶことに、親権者として同意します。

尚、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示に従います。

契約内容 _____

●契約申込者

申込者	
生年月日	年 月 日
住所	〒
電話番号	

●親権者

法定代理人 (親権者)	
続柄	
住所	〒
電話番号	

※必ず親権者様の直筆でご記入をお願い致します。