

未成年者の契約および施術に関する同意書

年 月 日

いしだ皮フ科/美容皮膚科 御中

親権者氏名()は、患者氏名()の
いしだ皮フ科/美容皮膚科における診療、施術、支払い契約に関しまして、その親権者として同意致します。

ご本人の直筆でご記入下さい。

患者氏名 _____ 印
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳
住所 _____
連絡先(自宅、携帯) _____

親権者の方の直筆でご記入下さい。

親権者(法定代理人)氏名 _____ 印
患者との関係 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳
住所 _____
連絡先(自宅、携帯) _____

※記入内容確認のお電話をさせて頂く場合がございます。
ご記入頂いた個人情報をご契約の同意確認、施術に関してのご連絡のみに使用し、他の目的には使用致しません。