

未成年者同意書

ヴァージンクリニック御中

私は、下記契約者の親権者（法定代理人）として、私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、十分に理解し自己の利益の判断をできると認めます。

よって、今回の相談内容について、貴院と診療契約・支払い契約を結ぶことに同意します。

記入日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

契約者				
氏名	印			
住所				
生年月日	西暦	年	月	日

親権者	
氏名	印（続柄：）
住所	
電話番号	