医療法人ヴィヴェンシアクリニック

理事長　野町健　殿

親権者同意書

私は、私が親権を有する（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が

貴院において＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の施術を受けることに同意します。

つきましては、上記の施術後、本人が未成年であることを理由として、当該治療を取り消すことはありません。また、本人が施術を受けられたことについて、一切の意義を申し立てることはありません。

西暦　　年　　月　　日

親権者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（族柄　　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿