

親権者様各位

平素は格別のご愛顧を賜り誠にありがとうございます。 当院では未成年の患者様(以下、「未成年者」といいます。)が親権者様ご同席の有無にかかわらず契約を締結する場合、親権者様(他の共同親権者がいる場合には、共同親権者の代表者として)の同意を事前に頂いております。なお、当該契約時に親権者様のご同席が難しい場合、本同意書にご署名・ご捺印の上、(確認連絡不可の場合に、差支えなければ本人確認書類の写しと併せて)未成年者様にお渡し下さいますようお願い申し上げます。ご持参なき場合には、当院は施術及び契約をお断りさせていただいております。また、可能な限り、親権者様にはカウンセリング時と契約時には、ご同席をお願いしております。

※当院では、原則として契約前に担当カウンセラーから親権者様への確認のご連絡をさせていただいておりますので、連絡先のご記入と確認連絡の可・不可をご選択下さいますようお願い申し上げます。

※本人確認書類につきましては、担当カウンセラーが確認後、直ちにご返却させていただきます。

親権者同意書

医療法人聖美会 JOE クリニック御中

_____年 _____月 _____日

私(法定代理人親権者)は、下記未成年者(契約者)の親権者(他に共同親権者がいる場合には共同親権者の代表)として、未成年者(契約者)が貴院と『術名：_____』

に関する治療及び・支払い契約(同意事項含む)を締結することについてあらかじめ同意致します。

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ので、善処されることを希望します。

記

未成年者(契約者)

※必ず契約者ご本人の「自署」及び「捺印」が必要になります。

住所：_____

氏名：_____ ⑩ 年齢：_____

連絡先(TEL)：_____

法定代理人親権者(他に共同親権者がいる場合には、共同親権者の代表として)

※必ず親権者(共同親権者の代表者)ご本人の「自署」及び「捺印」が必要になります。

住所：_____

氏名：_____ ⑩ 続柄：_____

連絡先(TEL)：_____

連絡確認 可 ・ 不可

以上