

親権者同意書

ラファエルクリニック御中

平成 年 月 日

私は、申込者がラファエルクリニックにおいて下記の施術を受けに、同意します。

施術名

尚、この度の治療に関して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示にしたがいますので、善処されることを希望します。又、貴院が開院時間外の場合は、速やかに近隣の医療施設を受診し、処置を受けます。

次に、セットチケット購入の場合、未利用料金については、いかなる理由があっても、返金できないことを確認いたします。

申込者		年齢	
生年月日		連絡先	- -
住所			

法定代理人(親権者)		印	続柄	
生年月日			年齢	
緊急連絡先	自宅	-	-	
	携帯	-	-	
住所				