

親権者（法定代理人）同意書

この同意書は親権者（法定代理人）が全て直筆にてご記入ください。

親権者（法定代理人）へ確認のご連絡をさせていただく場合があります。

お電話が繋がらなかった場合は医療行為、処方、施術等が出来なくなる場合があります。

お電話番号は、必ず親権者（法定代理人）の個人所有の電話番号をご記入ください。

申込者氏名 (未成年者)	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
申込者 連絡先電話番号	自宅： 携帯：
住所	〒

新橋トラストグループ 宛

親権者（法定代理人）として、申込者の意志を尊重し、新橋トラストクリニック・新橋トラストサロンにおける医療行為、処方、施術等を申込者が受けることに同意します。

同意日 西暦 年 月 日

親権者（法定代理人）氏名 ※必ず親権者氏名（法定代理人）による自署および捺印をしてください

印

申込者との続柄

親権者（法定代理人）連絡先電話番号 ※確認の電話連絡をさせていただく場合があります

自宅：

携帯：

住所 〒

お問合せ電話番号 新橋トラストクリニック 03-5733-3581