親権者同意書

医療法人ハンス　ハンスメディカルクリニック御中

この度、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（保護者氏名）は、ハンスメディカルクリニックにおいて＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人氏名）が＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（治療・施術名）を受けることに承諾し依頼します。

つきましてはハンスメディカルクリニックとの診療契約の取り消しや、施術されたことに対する一切の異議申し立てを行いません。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（続柄）

保護者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※治療前に確認のためご連絡させていただく場合がございます。