

# 同意書

医療法人恵聖会  
恵聖会クリニック 御中

私の子である\_\_\_\_\_が、医療法人恵聖会クリニック  
において\_\_\_\_\_を受けるにあたり、親権者  
(法定代理人)として、貴院での施術を受けることに同意致します。

つきましては、貴院との診療契約を取り消すことは致しませんし、施術  
をされたことに対し一切の異議申し立てを致しません。

年 月 日

親権者氏名：\_\_\_\_\_

続 柄：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

**\*親権者（法定代理人）様がすべて記入いただき、ご持参ください。**