

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： _____

住 所： _____

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。