表参道メディカルクリニック
OMOTESANDO MEDICAL CLINIC

記入日　　年　　月　　日

表参道メディカルクリニック　宛

# 親権者同意書

①治療名又は治療内容　：

②治療費用（税込）　：　　円までのお支払いに同意します。

③施術院　　院

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ④申込み者 | お名前 | （フリガナ） | 生年月日 | |
| | ご住所 | 〒<br>都道府県　区市郡 | | |
| | 連絡先 | ご自宅 | 携帯電話 | |
| ⑤親権者 | お名前 | （フリガナ）<br>㊞ | 続柄 | |
| | ご住所 | 〒<br>都道府県　区市郡 | 連絡先 | （自宅）<br>（携帯電話） |

私（表⑤）は、未成年者（表④）が表参道メディカルクリニック（表③）において表①に記載された施術を受けることに同意し、かつ、施術代金（表②）について連帯して責任を負います。
また、施術中、施術後の経過観察時に医師が緊急で処置及び施術が必要と判断した場合は、医師の判断に委ねます。（表②の金額を超える追加料金が必要な場合は再度、親権者に同意を求めます。）

※上記は全て親権者（法定代理人）ご本人様が記入してください。
※ボールペン（フリクションペン不可）でご記入ください。
※ご来院の際は必ず原本をご持参ください。（コピー不可）
※治療前に上記にご記入されている親権者の方にお電話にてご連絡させていただきます。

表参道メディカルクリニックグループ　　全院共通フリーダイアル　0120-822-111

表参道院　〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-2-19 表参道山田ビル 2F
新宿院　〒160-0022 東京都新宿区新宿 3 - 17 - 5 ニュー富士ビル 7 F
六本木院　〒106-0032 東京都港区六本木 6-1-26 天城ビル 8F
池袋駅前院　〒171-0021 東京都豊島区西池袋 1-16-10 第 2 三笠ビル 5F
銀座院　〒104-0061 東京都中央区銀座 7-3-7 ブランエスパ銀座ビル 8F
横浜院　〒221-0011 神奈川県横浜市西区高島 2-7-1 ファーストプレイス横浜 1F
大阪院　〒553-0003 大阪府大阪市福島区福島 5-3-7 エスティ西梅田ビル 2F（受付）/8F
心斎橋院　〒542-0083 大阪府大阪市中央区東心斎橋 2-8-26 FUKUBLD. 心斎橋 3F
福岡天神院　〒810-0001 福岡県福岡市中央区天神 2-13-18 天神ホワイトビル 8F

| スタッフ使用欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 電話確認担当 | 確認がとれた日付 | 確認がとれた番号 | 確認内容 |
| | 年　月　日 | □自宅　□携帯電話 | □治療内容　□金額<br>□リスク・合併症・副作用 |