

親権者同意書

記入日 年 月 日

当院では未成年のお客様（以下「未成年者」といいます。）が、当院提供のサービスを受けられる場合、本同意書にて親権者様または未成年後見人様のご同意を事前に頂いております。

オルタ天神クリニック神戸三宮院 御中

申込者様（未成年者）

氏名 : 印
生年月日 : 年 月 日
住所 :

私は、上記の未成年者(申込者)の親権者（未成年後見人）として、未成年者(申込者)が親権者（未成年後見人）である私が同席しない場での診療・施術の説明であっても自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。

また、貴院のサービスに関する契約及びそれに付随する個別契約並びに商品購入に関する契約の締結及びサービスの利用に関して、法定代理人親権者として民法第5条1項により同意・承諾いたします。

※今後、新たに発生する追加契約等があった場合

- ・その都度、同意書提出を 必要とする 必要としない
- ・その都度、電話確認を 必要とする 必要としない

契約時に、申込者が成年年齢に達している場合は、申込者の判断で契約を取り交わします。

親権者（未成年後見人）記入欄

氏名 : 印（当該未成年者との続柄： ）
生年月日 : 年 月 日
住所 :
電話番号 :

※本同意書は親権者様または未成年後見人様本人が署名してください

※記入内容の確認のために、ご連絡させていただく場合があります