

親権者同意書

明大前メディカルクリニック 御中

私は、下記の者が貴院において「脇汗（腋窩多汗症）治療」に関するカウンセリング、および自由診療（自費診療）によるボトックス注射治療を受けることに同意いたします。
また、治療内容、費用、および施術に伴うリスクや副作用について事前に説明を受け、これらを十分に理解した上で施術に同意したことを証明します。

【受診者（患者本人）情報】

- 氏名（フリガナ）：
- 生年月日： 年 月 日（満 歳）
- 現住所：〒

- 電話番号：

【親権者（法定代理人）署名欄】

- 同意日： 年 月 日
- 氏名（自署）：
- 続柄：（続柄：父・母・その他： ）
- 現住所：※受診者と異なる場合のみご記入ください
〒

- 緊急連絡先（電話番号）：

※施術当日の「日中に必ず連絡が取れる電話番号」をご記入ください。

※確認のためご署名頂いた保護者様へ当院からお電話を差し上げる場合がございます。

----- 当院記入欄（確認事項） -----

- ☐ 同意書の持参を確認
- ☐ 保護者への電話確認（必要時： 月 日確認済 / 確認者： ）