未成年施術契約同意・承諾書

医療法人社団健美心　ハートライフクリニック　御中

私は親権者として、（施術者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の貴院「医療法人社団健美心ハートライフクリニック」における診療及び施術、それに関わる各支払契約に関しましては、その親権者として同意し、その契約を締結する事をここに承認いたします。

親権者同意・承認日：　西暦　　年　　月　　日

〒
親権者様住所：

親権者電話番号：(自　　宅)　　（　　）
(携帯番号)　　（　　）

親権者様氏名：　　㊞

施術者様氏名：　　㊞

「注意事項」
・親権者様は直筆でのご記入をお願いいたします
・印鑑はシャチハタ以外をご使用ください
・必ず黒色のボールペンでご記入ください（消えるペンは使用不可）
・受診・施術当日は全てご記入・ご捺印の上ご持参ください
・未記入等の箇所がある場合、親権者様へ確認を行う場合がございます
　連絡確認が取れない場合は、当日の施術を見合わせる事もございます
　あらかじめご了承のほどよろしくお願いいたします

医療法人社団健美心　ハートライフクリニック
TEL：（県内）0120-61-1079（県外）053-451-1403