

注意事項

- ※ 未成年の方は、来院時にこの同意書が必要です。
- ※ 同意書をお忘れの場合、診察（カウンセリング）を受ける事が出来ません。
- ※ 法定代理人記入欄は必ず法定代理人本人が記入して下さい。
- ※ 法定代理人は親権者もしくは未成年後見人の方でお願いします。
- ※ 法定代理人の方へ確認のご連絡をさせて頂く場合がありますので、「連絡先」欄には連絡可能な電話番号をご記入下さい。

記入日 平成 年 月 日

法定代理人同意書

医療法人形成会 当山美容形成外科 殿

私は、申込者の法定代理人として貴院での関連する治療行為を一任の上、申込者が下記治療を受ける事に同意します。

申込者

治療名			
氏名			
生年月日		年齢	
連絡先			

法定代理人記入欄

氏名			
申込者との続柄			
住所			
連絡先	電話番号	(	)
	携帯番号	(	)