

リバティークリニック秋葉原院 院長 殿

親権者同意書

私は、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記の治療を受けるための契約を締結することについて同意します。

記

治療内容：

※美容治療には、リスクがあります。当院では考えられるリスクに対し配慮し治療を行っています。万一のトラブルにつきましても適切にご対応し、必要があると判断した場合には、処置させていただきます。

■契約申込者（未成年）

申込者 (自署)	印		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

■同意者

法定代理人 (自署)	印	続柄	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

※ご確認の為、ご連絡させて頂く場合があります。

申込者は、貴院との診療契約にあたり治療代金の支払を貴院と提携契約しているクレジット会社を
(利用します ・ 利用しません)。

私（上記法定代理人）は、申込者と貴院との診療契約にあたり、申込者が貴院と提携しているクレジット会社を利用
(申込及び契約) することに、(同意します ・ 同意しません)。

以上

リバティークリニック 秋葉原院

〒101-0021 東京都千代田区外神田 4-7-1 リバティー11 号館 5 階

TEL:03-6384-0041 FAX:03-6384-0042