

東京美専クリニック

親権者同意書

ご契約書のお名前 _____

ご契約者の生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、上記契約者の親権者として、診療・施術の説明について十分に理解し自己の利益の判断をできると認め、東京美専クリニック渋谷院と診療契約・支払い契約を結ぶことに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者住所 _____

親権者氏名 _____ ⑩