親権者同意書

私の子である　　が　　の診療・施術の説明について十分に理解し自己の利益の判断ができると認め、新宿クレアクリニックと診療契約・支払い契約を結ぶことに同意致します。

平成　　年　　月　　日

親権者住所

親権者氏名　　㊞

新宿クレアクリニック

院長　井上　安見子

東京都渋谷区代々木 2-13-5 KT 新宿ビル 7F

TEL 0120-706-909