

## 親権者（法定代理人）同意書

私は、下記契約者（未成年者）が貴院にて、下記治療に関する契約を申込み、  
契約締結することについて法定代理人親権者を代表し同意いたします。

### 治療申込・締結

#### 治療内容

---

#### ■契約者（未成年者）

申込者氏名：

生年月日：西暦 年 月 日

電話番号：

#### ■親権者（法定代理人）

親権者氏名：

続柄：

生年月日：西暦 年 月 日

電話番号：

住所：

申込者のみでのご来院は必ず親権者（法定代理人）様へ電話確認をさせていただきます。ご契約・治療につきましては、電話確認や同意確認の後に行いますのでご了承くださいませ。

| クリニック使用欄          | 日付 | 確認者 |
|-------------------|----|-----|
| 親権者様<br>来院あり 院内署名 |    |     |
| 親権者様<br>来院なし 電話確認 |    |     |