

記入日 令和 年 月 日

法定代理人同意書

ウィルAGAクリニック殿

私は、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けることに同意します。

●申込者

治療名 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

連絡先 電話番号 (_____)

携帯電話 (_____)

●法定代理人記入欄

氏名 _____ (印)

申込者との続柄 _____

住所 _____

連絡先 電話番号 (_____)

携帯番号 (_____)

【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ことはできません。
- ※ 法定代理人記入欄は必ず法定代理人本人が記入してください。
- ※ 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いたします。
- ※ 法定代理人の方へ確認のご連絡をさせていただ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ください。