

PT クリニック六本木院 宛

親権者同意書

- 1 治療又は治療内容： _____ .
- 2 治療費用（税込）： _____ 円までのお支払いに同意します。
- 3 治療院 _____ PT クリニック六本木院 _____ .

4 申込者	お名前	(フリガナ)	生年月日	
	ご住所	〒		
	連絡先	ご自宅	携帯番号	
5 親権者	お名前	(フリガナ)	続柄	
	ご住所	〒	連絡先	(自宅) (携帯電話)

私（表5）は、未成年者（表4）がPTクリニック六本木院（表3）において表1に記載された施術を受けることに同意し、かつ、施術代金（表2）について連帯して責任を負います
 また、施術中、施術後の経過観察時に医師が緊急で処置及び施術が必要と判断した場合は、医師の判断に委ねます。（表2の金額を超える追加料金が必要な場合は再度、親権者に同意を求めます。）

- ※上記は全て親権者（法定代理人）ご本人様が記入してください。
- ※ボールペン（フリクションペン不可）でご記入ください。
- ※来院の際は必ず原本をご持参ください（コピー不可）
- ※治療前に上記ご記入されている親権者の方にお電話にてご連絡させていただきます。

PT クリニック六本木院 03-3470-1230

スタッフ使用欄			
電話担当	確認がとれた日付	確認がとれた番号	確認内容
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> 治療内容 <input type="checkbox"/> 金額 <input type="checkbox"/> リスク・合併症・副作用