

# 親権者同意書

医療法人社団友輝会 銀座エルクリニック

YURI メディカルクリニック 御中

このたび私は貴院において（施術名： ）  
を受けるにあたり、当該施術の内容を理解したうえで、その実施に同意いたします。  
なお、本治療に関連して、緊急時または医学的に必要と判断された場合には、  
処置内容の変更等が行われることについても同意し、貴院の指示に従います。

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

（未成年の場合）保護者氏名： \_\_\_\_\_

本同意書においては、前面自署による署名をもって捺印に代えるものとします。