

親権者様各位

親権者の同意書について

平素は、格別のご愛顧をいただき誠にありがとうございます。当院では、未成年の患者様が親権者様のご同席なくカウンセリング及び当院における歯科医療行為を受けるための契約を締結する場合、本同意書にて親権者様のご同意を事前に頂いております。

カウンセリング時、親権者様のご同席が難しい場合、下記同意書にご署名、ご捺印の上、被親権者様にお渡し下さいますようお願い申し上げます。ご持参なき場合には、カウンセリング及び歯科治療行為の提供をいたしかねます。

また、可能な限り親権者様にはカウンセリング時と契約時には、ご同席をお願いしております。

※当院では、契約内容が決定後、担当スタッフから親権者様へ最終確認のご連絡をさせていただいておりますので、連絡先のご記入をお願い申し上げます。

ご同席いただけない場合は、電話での最終確認のご連絡日を契約日とさせていただきます。

契約者	
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
住所	
電話番号	

■同意者

※親権者ご本人様が署名・捺印お願い致します。

年 月 日

【氏名】 _____ 印 (続柄 _____)

【住所】 _____

【電話番号】 _____