

# 同意書

アリア六本木クリニック殿

私は\_\_\_\_\_の親権者ですが\_\_\_\_\_が  
貴院との間で締結する後記治療契約及びこれに付随する契約につき同意し、  
この治療契約及びこれに付随する契約については、契約者が未成年であることを  
理由とした取り消しはないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

治療契約者氏名 \_\_\_\_\_ 印

治療契約者住所 \_\_\_\_\_

(都道府県よりご記入ください)

親権者氏名 \_\_\_\_\_ 印

治療契約者との続柄:

親権者住所 \_\_\_\_\_

(都道府県よりご記入ください)

記

治療名 \_\_\_\_\_

契約日 年 月 日

以上