

法定代理人同意書

CZEN CLINIC 殿

私は、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記の治療（カウンセリング・診察を含む）を受けることに同意します。

1. 記入日

記入日	年 月 日
-----	-------

2. 申込人

治療名	
氏名	
生年月日	年 月 日（満 歳）
連絡先	

3. 申込人の法定代理人

氏名	
申込者との続柄	
住所	〒
連絡先	ご自宅： 携帯電話：

記入の際、ご一読ください

※未成年の方は、来院時にこの法定代理人同意書が必要です。来院時には本同意書ならびに、（顔写真付き）身分証をご持参ください。

※法定代理人の方へ内容確認のご連絡をさせていただく場合があります。「連絡先」欄には日中または、申込人の方の診察日時に連絡可能な電話番号をご記入ください。

※同意書をお忘れの場合、診察(カウンセリング)を受けることができません。

※法定代理人記入欄は必ず法定代理人様ご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のみが有効です。